INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

Anno XXVII — 1912

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1912

INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano

Il problema dei rapporti tra „Psicologia criminale" e „Diritto"

PROLUSIONE (1)

DEL

DOTT. PROF. FR. DEL GRECO

I

Il dibattito fra le due Scuole penali in Italia. Diritto e Scuola classica.

1. Nel circolo di lezioni dell'ultima primavera ho esposto, innanzi a Voi, i principî della *Psicologia criminale* — Con una rapida analisi storica, ho dimostrato, che la Scienza dell'Uomo delinquente era apparsa, via, via, da una triplice serie di indagini: dalla indagine *psicologico-clinica*; da un'altra *biologica*, o meglio somatologica; dalle ricerche etnografiche e *sociologiche*. Quindi l'Antropologia criminale era talvolta una Psicopatologia criminale, ovvero una Biologia, od infine una Sociologia criminale. — Ho detto, che, sia la Biologia, sia la Sociologia criminale, erano inadeguate allo scopo. Urgeva un capitolo superiore, che riducesse ad unità questi varii indirizzi e ricerche. Il capitolo superiore non poteva non essere che la Psicologia criminale — La Psicologia criminale è il *maggiore capitolo* di tutta la Scienza dell'Uomo delinquente.

Il fenomeno psichico si delinea tra i fenomeni organici e sociali. Porta nei suoi sviluppi la impronta, il riverbero di queste due grandi uniformità, di questi due grandi aspetti della realtà umana. — Inoltre

---

(1) Al corso libero di *Psicologia e Psico-patologia criminale* — Primavera del 1911.

comprende in sè gli studii clinici, psicopatologici. Tali studii ne sono una modalità, una variazione, la modalità più importante.

Per simili ragioni la Psicologia criminale va considerata, quale sintesi, punto di convergenza di tutte le ricerche intorno all'Uomo delinquente. Ed è l'agile ponte, che collega le ultime al Diritto penale (1).

Al presente voglio meglio indagare questo lato del problema: *i rapporti tra Psicologia criminale e Diritto.*

È un punto controverso, ove scendono in lizza i cultori della Scuola classica e quelli della Scuola antropologico-giuridica. — Fase polemica, oltrepassata in parte. — Tuttavia debbo ricordarla a Voi, per stabilire distintamente il compito nostro di clinici e psicologi. Compito, funzione, andata confusa nell'acre dibattito fra le Scuole rivali.

2. L'epoca nostra è segnata dal complicarsi delle singole Scienze.

È difficile omai trovare uno studioso, che abbia uguale competenza in tutti gli aspetti della sua particolare disciplina. Io non parlo delle Scienze mediche e giuridiche, così complesse ed oscure. Parlo di altre più semplici e da tempo evolute, come la Fisica, la Chimica, ad esempio — La Fisica di cinquant'anni addietro è tutta trasformata. È divenuta un aggregato di capitoli e discipline diverse (2). Vi sono ricercatori di genio, competenti in un ramo distinto di essa — Soltanto uno spirito, versatile e sintetico, potrà coglierla in tutti i lati e congiungimenti.

Ogni angolo d'indagine è foco di conoscenze, provenienti da lontane (talvolta lontanissime) direzioni. — Lo studioso deve muovere cauto, avere occhi sempre ai Metodi generali delle Scienze, per non cadere in errori grossolani — Da un passo ad un altro mutano l'orizzonte, i punti di vista da cui si apprende ed indaga la realtà. È giocoforza mutare via via principii e metodi: riprenderli poco appresso.

Questa (a me sembra) la precipua ragione, per cui vi è non di

(1) Vedi dell'istesso A.: *Il maggior capitolo dell'Antropologia criminale* - dal «Manicomio» - Archivio di Psichiatria, ecc. 1910.

(2) De la Méthode dans les Sciences - Alcan éd - 1910.

rado, fra i ricercatori, tanta guerra. Sorgono infinite inutili discussioni su argomenti, che apparrebbero ben chiari, quando ognuno ricordasse il proprio paese d'origine, la propria cultura, la propria «forma mentis».

Dobbiamo educarci ad una tolleranza di nuovo genere, alla divisione del lavoro nell'ambito di una Scienza medesima — Non chiederemo al pensatore lunghe osservazioni, nè davvero vedute generali a quanti apprendono i fatti in tutte le loro particolarità minute. Non chiederemo all'inventore geniale spirito di equilibrio, di critica, fra diverse linee di ricerca. — Ogn uno deve compenetrarsi della sua particolare funzione, deve rispettare l'opera dell'altro, crederla ugualmente seria ed utile. Cognizioni ed abilità intermedie, sparsa cultura ed armonia d'Ideali, ne terranno tutti uniti.

Omai le Scienze sono fatte così. — Soltanto la *cooperazione, illuminata e concorde*, salverà gli studiosi dai facili dilettantismi.

3. Dico ciò, perchè qualche valente cultore di Diritto penale avanzò talvolta (non senza ragione) l'accusa di dilettantismo. L'avanzò contro i medici, studiosi di questioni criminologiche — Accusa che questi ultimi potrebbero ritorcere, e per varie cose; se finalmente non verremo tutti ad una ragionevole intesa.

La Scuola classica aveva obiettivi e cultori, insigni per dottrina e vigore di pensiero. Non meritava di essere giudicata, come qualcuna la giudicò. Essa nel grembo suo componeva necessità varie, d'indole ben diversa.

Il pensiero giuridico non è lontano da quello politico. — Le consuetudini primitive si trasformarono in *evidenti norme* di Diritto col sorgere dello Stato. Lo Stato divenne il mezzo efficace, divenne l'elemento necessario alla *realizzazione piena* del Diritto. E tutti sanno, che opera lun ga fu codesta ascensione dello Stato verso forme *ognora più distinte* dalle altre attività sociali. Tutti sanno, che opera lunga fu codesta penetrazione del potere statale [organo di un Diritto uguale per tutti gli uomini], codesta penetrazione nella selva selvaggia delle consuetudini. — Quanti privilegi, quanti cerchi chiusi si dovettero spezzare per raggiungere la linea grandiosa ed uniforme del Diritto contemporaneo!

Il pensiero giuridico tende alla universalità, è un pensiero geometrico: tende ad accogliere sotto l'arco suo la umanità intera, i più

diversi tipi, le più diverse classi di uomini. Rappresenta una attività universalistica e profonda. — Secondo moltissimi sociologi, è la maggiore attività, *per cui risulta la vita sociale.* Mira a tener saldi i rapporti della convivenza, dando ad essi continuato sviluppo.

La Religione, la Morale istessa, sovra tutte la Filosofia, possono avere acceleramenti od arresti, certa irregolarità o spontaneità di movenze; sono in traccia del nuovo, dell' eroico. — Il Diritto trae forza dalla sua *linea rigorosa, fissa,* che tende ognora ad attuarsi, vuole realizzarsi ad ogni costo.

A ragione fu detto, che molte civiltà decaddero, perchè non seppero elevarsi al pensiero ed alla pratica del giure: chiave di volta, conservatrice di una Società civile nella Storia.

4. Fu ingiusto quindi dare del « metafisico » alla Scuola classica. E ciò, se vogliamo intendere la Metafisica nel comune, non esatto significato. Vale a dire, come alcunchè di vacuo e fuori del reale.

Non certo fu qualche cosa « fuori del reale » quel tormentato pensiero di Cesare Beccaria. Malgrado le incerte basi scientifiche, esso precorreva i terribili commovimenti della Rivoluzione francese — Nè metafisici furono gli sforzi dei fondatori della Scuola classica, da Pellegrino Rossi al Carrara, al Pessina.

Vollero far vivere il nuovo *con l' inserirlo all' antico* — Tentarono accordi fra gli ardimenti del Beccaria da una parte e le esigenze della Scuola storica che allora sorgeva: tentarono accordi fra gli ardimenti del Beccaria e la tradizione nostra morale, religiosa, politica.

Non fu lungi dalla realtà il pretendere, che l' azione penale (la più terribile, coercitiva fra le azioni dello Stato) debba essere regolata con norme fisse. Debba operare attraverso una procedura, che dia esaurienti garanzie al cittadino.

Prendersela con la Scuola classica, perché non accetta il principio della pena a scadenza indeterminata (ad esempio), è tutt' altro che giusto — Un simile principio va tenuto in sospetto — Minaccia di far regredire di qualche secolo quel pensiero giuridico, che fu massima gloria dell'epoca moderna.

Lo sanno bene la Russia od altri paesi, che cosa vogliano dire codeste pene a scadenza mal sicura e mal definita, i procedimenti amministrativi sostituiti a quelli giudiziarî rigorosi.

La Scuola antropologica vide i mezzi ed i procedimenti della Scuola classica spezzarsi, cadere innanzi al *fenomeno ultimo* dell'alta criminalità e di quella professionale. — Non misurò l'enorme zona di azione del Diritto penale su tutti gli esseri umani, in una data epoca e regione. *Il Diritto penale non è soltanto per i criminali, ma per tutti i cittadini.* La sua forza imperativa, la sua coazione psichica (continuantesi in manifestazioni esteriori), s'incunea, *si materia nello sviluppo di tutte le coscienze.* — È un bene grande, così inteso.

La deficiente azione, ch'esso ha contro tante forme di delinquenza, svela i punti, in cui la rete finissima del Diritto allenta, spezza le sue maglie. — È una *limitata* regione, che non deve farne obliare la vastità del tutto. — Ed appunto, perchè fatto per qualsiasi cittadino, è necessario abbia il Diritto forme, espressioni universali.

II.

Diritto e complessità umana. Pro e contro la Scuola antropologica.

1. Senonchè qualsiasi movimento di pensiero, o dottrina, non è luce piena: trae dietro ombre oscure. — Quell'istesso impulso, quella istessa tendenza alla universalità del Diritto, doveva farlo correre sopra una moltitudine di tipi o classi di uomini.

La generalizzazione giuridica è generalizzazione di rapporti psicologici, interpsichici, dev'essere *norma di volontà* — E dietro le volontà, dietro le azioni, vi sono gli uomini, gli *uomini interi.* Quest'uomo intero, l'individuo, sfugge *per altri e varii lati* alla universalità della norma.

Rischia il Diritto nella sua grandiosa ascensione di non afferrare (direi) questi pesanti nuclei umani, *di non farli operare come dovrebbero.*

L'individuo è molteplice, concreto. La norma giuridica è semplificatrice, astratta: *non include* la molteplice concretezza individuale. Da sola, è poco efficace.

Così riguadagna tutto il suo valore la Scuola antropologica — Essa dice e bene, che il Diritto penale non deve misconoscere *le singole realtà e specie individuali.* La criminalità risulta di condizioni, troppo varie e complesse: importa gli aspetti umani più diversi e profondi. *Aspetti inafferrabili nel loro complesso dalla pena.*

2. Si è risposto. Il Diritto penale moderno non pretende di mutar l'uomo per intero, non pretende di trasformarlo nelle sue profondità oscure — Il Diritto di altri tempi voleva scendere con occhio aquilino nei penetrali delle anime, voleva scrutarne tutte le asprezze. E con le penitenze, con le torture, con i roghi voleva salvarle.

Il Diritto penale, che venne dopo Beccaria, lascia le anime, rispetta le coscienze, la « rocca inaccessibile della coscienza ». Si attacca al lato delle azioni umane che mette in pericolo la convivenza — *Vuole l'azione* — In questa valuta quel tanto di provenienza e motivazione interiore; valuta quel tanto che basta per definire l'azione, come reato e per classificarla — Non va oltre — Il Diritto penale non tocca gli altri lati nostri: non è la Morale, tanto meno la Religione.

Questo modo obiettivistico, *esteriore e limitato* di valutare le azioni umane, questa cautela nel penetrare dentro le coscienze, portò moltissimi pensatori a ridurre tutta la ragion penale entro il concetto di *difesa sociale* e di *pericolosità del reo.*

Punto di vista, sostenuto d'altra parte, e validamente, dalla medesima Scuola antropologica Questa lo ereditò dall' *indirizzo positivo* nel Giure, ch'ebbe in G. D. Romagnosi l'integratore sovrano.

3. Andiamo cauti però. Per tema di confondere il Diritto con gli altri sviluppi dell'anima sociale, con le altre ideologie sociali; per tema di confonderlo con la Morale, con la Religione e via; per tema d'investire questa « rocca inaccessibile della coscienza », finiamo (ripeto) col *privare il Diritto d'ogni efficacia.*

Il Diritto *impone,* è norma di condotta. I fondamenti della condotta sono *interiori, psicologici.* Le ideologie sociali sono diverse, è vero; ma la fonte loro è unitaria. È unitaria l'anima, il pensiero sociale. *Come unitaria è la personalità umana.*

Le grandi linee, regolatrici della condotta (il Diritto, la Morale, la Religione) interferiscono nell'intimo nostro. Esse *si appoggiano,*

confondono, unificano nei motivi e finalità delle nostre azioni.

Una pena, che voglia essere davvero efficace, non può dimenticare il fatto, che il Diritto, con la Morale, con la Religione e via, si unifica nell' individuo. Non può dimenticare il fatto «dell' unità nostra in quanto principio di azione.»

Da un simile punto di vista, non ebbe forse tutti i torti la medesima Scuola classica, quando, pare, chiedesse aiuti ad altre attività sociali — La Scuola classica fece un passo indietro nella *specificazione giuridica.* Volle il Diritto in accordo con la Morale. Accettò varii concetti giustificativi del magistero penale, oltre quello di difesa: la reintegrazione del Diritto violato, l'emenda del colpevole.

Ecletismo, senza dubbio, che la Scuola antropologica evitò. Tuttavia è un ecletismo [pericoloso, se si vuole], ma che rispecchia la complessità nostra, umana.

4. Ciò non ostante, la Scuola classica *si dispiega lungi dalla realtà, su cui deve operare.* — Si propone, ognora, un uomo troppo schematico, una generalizzazione incompleta della natura umana. *E gli pone contro una sanzione penale, non meno incompleta, inefficace* — Guarda dell'uomo il lato attivo e caratteristico; ma il più instabile e condizionato. Si rivolge al così detto «libero arbitrio»: lato fecondo, operosissimo [sia pure]; ma fra tutti instabilissimo.

La Scuola antropologica ha risposto, *negando la esistenza* del libero arbitrio. E prima infiniti pensatori, d'origine diversa, avevano detto lo stesso.

Reputo, da parte mia, eccessivo negare ab imis fundamentis il libero arbitrio — Badate, non lasciamo prenderci al tranello delle parole. — Io non alludo al libero arbitrio, inteso come *libertà d'indifferenza.* Parlo del libero arbitrio, inteso come volontarietà, potere di scelta ed autodeterminazione, come *fattività psichica.*

La Scuola antropologica con questa negazione recisa è andata troppo oltre, *è andata fuori della esperienza.* Ha disconosciuto uno dei caratteri della esperienza psicologica: la elettività, l' autogenesi. — Negando all' uomo qualsiasi iniziativa, tale Scuola *si è posta fuori di ogni risorsa* — Quale efficacia può avere una pena, od un mezzo pedagogico, se non deve operare, in forma di energia psichica, carat-

teristicamente umana? Se deve operare, a mo' di un espediente meccanico qualsiasi?

III.

Una terza schiera di penalisti e la Scuola antropologica. Ai confini del Diritto.

1. Fra i classici e gli antropologi del Diritto abbiamo visto sorgere una terza ed ultima schiera di penalisti: ingegni vigorosi per cultura ed acume critico. — Di essi è capo-scuola eminente BERNARDINO ALIMENA — Hanno simpatie per l'uno o per l'altro indirizzo. Qualcuno potrebbe dirsi, o classico, o positivista. L'importante è, che si vengano incontro, che cerchino accordi (se mai è possibile) tra opposte dottrine ed applicazioni.

Nonostante divergenze individuali, sostituiscono al « libero arbitrio » (inteso quale libertà d'indifferenza), il concetto di determinismo psicologico. Però riconoscono, che il determinismo psicologico è un determinismo sui generis. Non si può adeguare compiutamente all'antico determinismo meccanico, discusso ancora nella presente Energetica.

Su questo punto non era poi così difficile intendersi.

Consideriamo (ad esempio) lo spiritualista più convinto. È un pluralista: ammette con lo spirito la materia. Riconosce, che il mondo reale, concreto, non è tutto spontaneità e libertà. Riconosce, che la libera spontaneità del suo spirito interferisce, nel campo della esperienza, con altre correnti fenomeniche: queste *ne limitano* l'azione.

Egli termina così ammettendo di fatto un libero arbitrio *condizionato e limitato*. Non parlo dei KANTIANI, che la libertà numenale costringono entro i duri, inflessibili limiti del tempo e dello spazio.

Tutti quindi (nella pratica) riconoscono, che un libero arbitrio, a rigore, non esiste. Come nell'ambito della *esperienza psichica*, non esiste un meccanismo assoluto.

Quella psichica è una « forma di esperienza », diversa dalla *materiale pura*. — Il filosofo dirà, se le due forme di esperienza sieno ir-

reducibili, oppur no, ed in quali modi. — Per la Scienza basta constatare il postulato, il fatto.

La pena deve operare su questo fatto dell' « attività psichica centrale ». Ha una funzione *intimidatrice, d' arresto.* — Così previene il reato — Per i caratteri suoi di universalità e di rigore attualistico, opera su tutti gli uomini.

Un uomo è imputabile, in quanto può subire la intimidazione e le inibizioni della pena. Intimidazione, che prende nel suo vasto giro tutte le mentalità normali ed evolute.

2. Ristretta la funzione della pena in questi termini, *n'è ristretta l' opera sua, medicatrice e preventiva della criminalità.* — In altri termini, i nuovi criminalisti riconoscono, che il Diritto penale *da solo* non può combattere la delinquenza. Urge una *politica criminale*; essa deve impedire la preparazione degl' individui al reato. Urge una terapeutica criminale, una *riforma nei sistemi penitenziarii.*

Tutte verità, sostenute genialmente dalla Scuola antropologico-giuridica — Quella classica avrebbe dovuto intuirle, se non fosse stata un compromesso fra il vecchio ed il nuovo.

Infatti doveva ben constatare, che la evoluzione giuridica, perchè tendenza all' universale, perdeva di efficacia sulle totalità singole umane. L' azione penale, limitandosi nell' individuo, si assottiglia negli effetti — Tanto vero, che la medesima Scuola classica (sopra ho detto), pare, chiedesse aiuti ad altre attività sociali. Aiuti in teoria, in giustificazioni razionali ultime specialmente. Perciò fu accusata di essere metafisica.

I criminalisti della Scuola antropologica ebbero il torto di negar troppo. Senza innovare l' antico, vollero con un colpo di spada recidere dalla umana natura la sua parte di energia, di fattività psichica. Taglio che mena difilato a negare il Diritto medesimo — Ebbero il merito insigne di volgersi alla instaurazione, *alla faticosa costituzione* di una politica e di una terapeutica criminale.

I penalisti ultimi, accettando questi risultati, sembra abbiano esaurita la funzione storica della Scuola antropologica.

Ma tale funzione non è punto esaurita. — Al presente v' ha un termine estremo, importante per la sua dottrina. Termine non supe-

rato, nè agevole a superare — Parlo delle questioni intorno agl' infermi di mente ed agli anormali che delinquono.

3. I nuovi penalisti, su ciò, mal s' intendono fra loro — Alcuni reputano tutti gli anormali nella psiche fuori del Diritto.

Anche i folli (dicono) possono subire una *coazione psichica:* tale coazione non sarà mai la coazione *giuridica*. Sarà (nota benissimo l'*Alimena*) una qualsiasi coazione, isolata, che prende i folli, ad uno, ad uno. Non è azione interpsicologica e sociale: non prende *tutti* gl' individui umani, specchio l' uno dell' altro e *consapevoli* di una immota Norma Legale.

I malati di mente sono fuori del Diritto e della pena: non sono imputabili.

Ed i così detti «pazzi morali» sono essi imputabili, oppur no? — Alcuni dicono (ripeto): No — come BERNARDINO ALIMENA (1). Altri, come il MAXWEL (2), affermano il contrario. Qualche altro esita. — Come si vede, la faccenda non è semplice.

Qualche cosa ne sanno le aule, dove si amministra Giustizia — Quivi si ripetono le divergenze eterne fra i periti alienisti, costretti ad agitarsi in una zona estrema, oscura del Diritto.

La Psicopatologia criminale nulla può risolvere: *può dare elementi* ai cultori del Diritto ed allo statista — Il medico - psicologo non può sostituirsi al giureconsulto ed al legislatore. E costoro, qui, si arrestano o confondono.

IV.

Ai confini del Diritto: sulla imputabilità degli psicopati morali.

1. Si consideri l'intera Psicologia patologica, digradante sino a quella normale. — Nel centro v'ha un filone, l'ossatura di codesto ambito di esperienza. È rappresentato dagl' *infermi di mente*.

La follia è rapida o lenta, stabile o transitoria, *decadenza negli svi-*

(1) *B. Alimena* — Principî di Diritto penale. Pierro ed. Napoli. 1910.
(2) *Maxwel* — Le Crime et la Société. — Flammarion ed. — Paris.

luppi psicologici. Tale decadenza è correlativa ad *alterazioni organiche.*

Nelle forme tipiche, accentuate di follia, un simile stato si obiettiva, si rivela nell'ambito della *intelligenza,* della *mentalità.* Si rivela [in particolar modo] con alterazioni di *orientamento conoscitivo* rispetto agli altri uomini ed alle cose che ne circondano.

La decadenza, di cui risulta la follia, è in rapporto al vario grado di evoluzione raggiunto dalla nostra *personalità in complesso.* — Questa (la personalità) è formata negli ultimi variamente: può essere manchevole, ab initio, sia nei poteri istessi di energia *mentale,* sia nei poteri di attività *morale.*

Non sempre codesti due ordini di poteri, codesti due ordini di manifestazioni personali (vale a dire le attività *mentali* e quelle *morali),* appaiono inevolute, o decadono *ugualmente, strettamente* — Intelligenza manchevole, od alterata, non importa di necessità sentimento morale pervertito o deficientissimo. E viceversa — La immoralità, che dipende da manchevolezze o decadimenti intellettuali, è più che altro una moralità *negativa.*

Ora il clinico osserva talvolta individui, gravemente pervertiti nella *moralità,* anzichè nella intelligenza. Sono psicopati anch' essi e per le seguenti ragioni:

1) Le attività organiche, correlative al loro spirito, risultano di *prevalenti condizioni morbose od anormali.*

2) La loro intelligenza è alterata, come *orientamento* rispetto agli altri uomini. Ma una simile alterazione è nascosta, punto agevole a distinguere da ciò che si trova (non di rado) presso i comuni uomini normali — La lesione massima, significativa, è (ripeto) nel lato *morale.*

2. Costoro sono imputabili, oppur no? E se imputabili, come gl' individui sani di mente?

Dato il caso, che non sieno imputabili, vien su un'altra questione: Non lo sono *al modo istesso* dei comuni pazzi, vale a dire degl' infermi di mente?

Essi appaiono molto *diversi* dagli ultimi — L'experimentum crucis di una simile asserzione possiamo farlo, esaminando gl' individui che assommano in loro stessi *follia chiara* (in altri termini « alterazione mentale »), ed alterazione morale o *criminalità.*

Eliminiamo una minoranza ristretta di folli, delinquenti per disgraziate circostanze esteriori. Gli altri tutti hanno bene definite caratteristiche. Le ho poste in luce, or sono molti anni.

Da quelle caratteristiche si argomenta, che la classe d'individui in esame delinque, meno per la follia, più in rapporto a condizioni profonde di natura individuale — In questi, la prima radice della criminalità va oltre il campo della follia. Può avere con l'ultima comune la *deformazione* ed *invalidità organica;* può avere con la follia comune le *deficienze o perversioni mentali.* Eppure dev' essere considerata, quale *attività distinta.*

Nei tempi passati si aveva una grande paura degli infermi di mente. La progredita tecnica manicomiale ha dimostrata falsa e crudele una simile opinione. La tecnica dei manicomii è stata una progressiva conquista nel riconoscimento, che i folli, in quanto folli, non sono *necessariamente* temibili.

Trionfo di scienza, trionfo di umanità. — I folli sono temibili *ancora più* per il loro « carattere » individuale; in quanto individui, più che in quanto folli. La follia non muta, non investe la *totalità* del « carattere ».

I criminali (per loro conto) hanno tutti un particolare « carattere » ; hanno note psicologico - pratiche, le quali si elaborano definitimente negli attriti sociali.

3 Il criminale (parlo del criminale tipico) muove da una linea di sviluppo, che ha *punti comuni* con quella, onde sorge l'infermo di mente. Le due linee, malgrado ciò, divergono in modo notevolissimo.

Una delle caratteristiche del criminale è che si mostra più *socievole* del folle. — Il folle è isolato, inerte. — Il criminale, anche psicopate, se non leso nella intelligenza e gravamente, *tende ad allearsi* con altri uomini. Tende a costituire quelle associazioni loro, a base di prepotenze e suggestioni sui più deboli di volontà e di giudizio.

La psiche del criminale si è fatta in senso attivo ed antisociale — Mi spiego — Egli oppone piccoli nuclei sociali alla maggiore e più vasta società. *Egli è un ribelle costituzionale, istintivo* — Il folle non lo è — Nei comuni manicomii, in mezzo a tanti malati, l'occhio esperto distingue in brev' ora il folle criminale dal folle onesto.

Come si vede, *è ingiusto trattarli tutti ad un modo.* — D'altra

parte, malgrado queste divergenze, non possiamo (ripeto) considerare i delinquenti remotissimi dai folli veri. I più gravi, i più pericolosi sono anch' essi psicopati. Hanno un correlativo determinismo organico, a prevalenza morboso od anormale .

Però fra il determinismo biologico morboso dello psicopate mentale e quello dello psicopate morale, *dev' esservi differenza.* — L' analisi clinico - psicologica lo lascia supporre.

Nel folle schietto, nello psicopate mentale, il determinismo organico - morboso è *assorbente*, va col fiaccarsi dei poteri di sintesi psichica. Nello psicopate morale (pare) che l' alterazione risulti di una *stabile anomalia* di evoluzione organica e psichica. — Il primo caso è più vicino alla *malattia vera*, al *processo morboso;* il secondo alle *mostruosità.*

Frattanto sono questi ultimi, i criminali psicopati, individui a « responsabilità diminuita ? »

V.

Continua l'argomento. Il problema, centrale ed insoluto, che scinde le due Scuole.

1. Su questo concetto si sono addensate innumerevoli ambiguità. Non sarebbe male dileguarle. — Il nostro Codice parla d' « infermità mentale » che menoma *del tutto* o *grandemente* la coscienza o la libertà dei proprî atti.

Quindi i periti dovrebbero, in primo luogo, cercare nel caso in istudio la *infermità mentale.* Assodata questa con note cliniche bene definite, dovrebbero volgersi ad una seconda ricerca: indagare la *condotta* del soggetto, ricostruire tutta l'azione e la storia criminosa. — Vi è bisogno, non soltanto di una ricerca clinica, bensì di una ricerca psicologica: lo studio della condotta. [ripeto] — Infine bisogna studiare i *rapporti* tra « infermità mentale » e «condotta » al momento del reato.

Tutte cose, che dalla grande maggioranza dei periti alienisti non si fa o si fa male. — D'ordinario interpetrano la infermità mentale in

senso larghissimo. Per essi basta non di rado mettere in luce qualche segno o condizione morbosa. Nè si curano di rintracciare gli effetti della discutibile infermità mentale nell'*azione criminosa*. Effetti che potrebbero *non esservi* in quell'azione particolare.

Deficienze di metodo e di cultura in materia, tutt'altro che semplice e piana. Ma sotto vi è una deficienza ancora più grave.

I periti alienisti in Italia [tranne cospicue ed onorevolissime eccezioni] hanno scarsa *coscienza giuridica*. Sono professionisti, soggetti alle leggi amorali della concorrenza.

Il progetto di riforma giudiziaria, che stava innanzi alle Camere legislative, credeva di sanar tutto con il Collegio peritale. — Io credo che occorra ben altro. Bisogna volgersi alla radice del male — Il perito non dev'essere un professionista, un avvocato di accusa o di difesa che giura. Il perito deve avere coscienza giuridica, *i doveri e le garanzie* del giudice. In una con gli altri giudici vi dovrebbe essere lo *psicologo - giudice*, ovvero lo psicologo *aggregato* al *collegio* dei giudici.

2. Andiamo oltre. Torniamo a parlare di criminali, che, senza essere davvero infermi di mente, sono psicopati.

Questi criminali non potremmo *sempre* dirli a «responsabilità diminuita» — Essi non presentano, a rigore, la *infermità mentale*. Hanno nel fondo del loro individuale determinismo condizioni morbose notevoli. Rivelano un certo «disorientamento» per l'ambiente umano in cui vivono — Ma tutte queste caratteristiche *non sempre* raggiungono il grado, l'estensione *necessaria* per *costituire una infermità*, clinicamente definita e *mentale*.

Qualcuno potrebbe rispondere, che il legislatore con «infermità mentale» voleva dire [in genere] *infermità di spirito*, e quindi ancora infermità *morale* — E' giusto — Però se volessimo beneficiarli *tutti* della «responsabilità diminuita», cadremmo in altre angustie.

La diminuita responsabilità s'ispira al concetto di minor grado di *volontarietà* e di *consapevolezza* criminosa (1). Responsabilità e pena in questi casi sono ispirati ad un concetto *quantitativo* — Ora codesti

(1) Dico *volontarietà* invece di *libertà*: psicologicamente, mi sembra, che le due parole si confondano.

psicopati morali e delinquenti non sono, *per quantità*, meno volenterosi e meno consapevoli dei criminali *sani di spirito*. Nè sono ognora, per quantità, più consapevoli e più volenterosi di quegl'*infermi di mente*, che delinquono per mera follia. Sono diversi, sia dagli uni, sia dagli altri. E diversi per qualità, *per natura*. Sono altra gente.

Qui è il nodo della questione. — Si diminuisce la pena, perchè si crede avessero una mezza intenzione, una mezza volontà di delinquere. E' il comune ragionamento. — Altro che mezza intenzione! Era il loro spirito (non di rado) tutto pieno della idea e dell' impulso criminoso.

Qui m'arresto. — Troppo divagherei, se volessi esporre le note psicologiche differenziali tra il *sano di spirito*, l'*alienato di mente*, e codesti *psicopati morali*, quando delinquono. — Dirò soltanto, che bisogna rivedere tutta la psicologia dell'anima criminale. Nè il penalista od il giudice possono evitarla.

3. Ed ora sorge un altro gravissimo problema.

Voi dite psicopate un criminale, perchè ha qualche segno di alterazione nella intelligenza, nei poteri di sintesi psichica, di volontà, di ragione. Lo dite psicopate, perchè, in rapporto ai suoi sviluppi psichici, ha un determinismo organico dalle notevoli caratteristiche morbose od anormali — Ma ciò non si trova in fondo ad innumerevoli azioni umane? Il genio, l' eroe non è stato da valenti psicologi ritenuto un semifolle?

In una serie di studii ho tentata la difficile questione.

Dirò, che non mancano note degenerative o di morbosità negli uomini di genio. Però la morbosità in questi non ha *diretta* efficienza sulla invenzione o sull'azione eroica.

La morbosità, in molti casi, è il *necessario complemento*, il lato manchevole di un individuo, che ha sviluppi superiori di energia mentale — Ovvero la morbosità favorisce l' azione eroica o geniale in altro modo: la favorisce, *rinforzando* alcuni sentimenti od impulsi. *La prepara, non la forma.*

Si noti, che la morbosità di costoro è una morbosità *non grave*. Rispetta l' attitudine geniale, nonostante che le sia dappresso e la compenetri qua e là — La morbosità è assorbita, vinta, *subordinata* (direi) *dalle prevalenti esigenze* di quell' attitudine

sovrana. Il morbo serve al genio, non signoreggia il genio.

Il geniale, in una con note di manchevolezze, ha note di *eccezionale vigore*. Il genio muove più da queste ultime.

Il genio, l'eroismo (dal punto di vista psicologico) è sempre un *superarsi*, un *vincere* i lati difettivi della propria natura. È un tendere verso forme ognora più vaste di coscienza, un *dominare* i proprî impulsi istintivi verso idealità magnifiche.

Nel delinquente psicopate si va per direzione contraria. Si va diritti all'*impoverimento* della coscienza, alla deumanizzazione, al predominio delle istintività animali. — La morbosità vi è più grave, più profonda, *quantunque adattata* al complesso organico individuale. — Il morbo *afforza quei lati*, che nel geniale sono depressi e vinti, che nel geniale *vengono superati*.

Dunque. Genialità e delinquenza si definiscono non di rado sopra un dubbio terreno di salute psichica. Eppure rappresentano direzioni *opposte* nello sviluppo umano.

4. Da ciò si potrebbe argomentare: Un certo grado di morbosità psichica non deve considerarsi quale scusante di criminalità. Essa può trovarsi in fondo ad azioni eroiche, nobilissime ancora.

Non v'ha dubbio, se la morbosità è tenue. Dico, se non turba, se non spezza *quell'assieme* di condizioni organiche, correlative agli sviluppi psicologici e morali.

Ma se la morbosità psichica oltrepassa quei limiti, se turba, se spezza *quell'assieme* di condizioni organiche? Non menoma o sopprime la responsabilità?

Certo è menomazione, perversione di volontà e di personalità. — La volontà nostra non è libera a rigore, dominatrice e sovrana al mondo. Essa è presa in un'aureola di altre efficienze, che la costringono entro termini definiti, per quanto molteplici. La *piena esplicazione volontaria* importa svariatissime condizioni.

Chiunque sia avvezzo a governare uomini vede, che da questi può pretendere alcune cose, altre no. — Costituzione psicofisica, temperamento, razza, sesso, età, tradizioni, cultura, ecc.: tutte cose che *informano* quelle particolari individualità e ne *segnano i limiti* di variazione. — Fra le varianti umane, fra le *varianti* e *distruttrici* della volontà, potentissime sono la degenerazione organica e la malattia.

Ed allora? Dovrà il Diritto seguire la Scuola antropologica o qualcuno dei nuovi criminalisti, i quali dicono inutile affaticarsi intorno alla chimera della volontà e della coscienza? Dovrà considerare soltanto la *pericolosità* del soggetto?

D'altra parte, può il Diritto misconoscere *il fatto, non meno reale*, della *volontà* e della *coscienza?* — Il Diritto si rivolge ad uomini, e quindi a ciò che li distingue come uomini, come esseri sociali. Li distingue la volontà, l'auto-coscienza.

Dal punto di vista pratico, la volontà, l'auto-consapevolezza sono le *modificatrici culminanti della condotta.* Sono quelle, che la condotta compiono, la *orientano* davanti ad ogni nuova emergenza nella vita. La volontà può con lunga opera disfare antiche abitudini, può inibire l'istinto.

Tuttavia la condotta risulta di altri aspetti, di altre complicazioni personali, *le quali si sottraggono alle inibizioni e direttive d'ogni volontà consapevole.* Quegli aspetti, quelle complicazioni deformano talora la volontà, la pervertono: ovvero la rendono incerta, mal sicura.

Per valutare quindi una condotta, non basta il criterio centrale, subiettivo della volontarietà e responsabilità. È necessario ancora qualche *criterio esterno,* fuori della coscienza, che a noi riveli quanto si sottrae alla volontà.

La Scuola classica [se non erro] mette avanti il concetto di *danno*. Quella positiva ragiona di *pericolosità.* — La pericolosità sarebbe un danno *virtuale, possibile.* Concetto difficile a valutare dal punto di vista giudiziario. Ed in molti casi, ancora dal punto di vista clinico — È tanto difficile stabilire con esattezza e sempre la pericolosità di un individuo. Ciò, nonostante che a molti paia il contrario, nonostante che il clinico e lo psicologo mirino ad un simile obiettivo.

Responsabilità e pericolosità sono due valutazioni diverse, che nel loro giro comprendono tutto l'individuo, tutta la condotta personale.

La pericolosità è criterio più esteso, ma (parrebbe) esteriore. Molte volte è un *semplice criterio presuntivo, nè ci mette in grado di operare sull' individuo* — La responsabilità è criterio limitatissimo, *angusto,* talvolta fallace. Eppure è quel criterio, che noi trasporta nell'intimo di un soggetto, nell'intimo delle sue forze vive e dei possibili mutamenti suoi.

Ambedue sono importantissimi criterî.

Non è compito mio oltre indugiare su questo formidabile problema di Filosofia giuridica. Nè mia competenza tentarne una soluzione qualsiasi — Il presente discorso ha un altro fine — Si propone di delineare *certi luoghi oscuri, qualche irriducibile antinomia* fra le opposte dottrine.

Scuole e dottrine, che riflettono la infinita fecondità della esperienza, su cui travagliano — Sono conati verso il Vero, verso un fine di Ordine e di Civiltà. Sono il dramma, l'alternarsi del mobile ideare, fra cui il Vero qua e là scintilla.

VI.

Epilogo: compito della Psicologia criminale in quest' ordine di Scienze e di applicazioni.

1. Ed ora concludiamo — La Storia della Cultura dimostra, che una Scienza progredisce, se *delimita, caratterizza* l' ambito suo di esperienza e di finalità. L' antica Alchimia sognava di dar fondo a tutto il reale obiettivo: la Chimica moderna ha scopi infinitamente più semplici e modesti.

Così il Diritto penale — Il Diritto penale omai non pretende di essere il rimedio sovrano, *unico* della criminalità — Nessun giudice al mondo è tanto ingenuo da credere, che *può mutare un uomo* con una sentenza, più o meno restrittiva di libertà. Che può mutare (dico) radicalmente in colui quelle profonde, tenaci efficienze psico-organiche e psico-sociologiche, preparatrici non di rado di un' azione criminosa.

Da un tale punto di vista, la lotta fra le due Scuole rivali è stata più che mai feconda — Ha svelato quanto già nel pensiero fatidico del Romagnosi si accennava.

Scuole opposte e nuovi criminalisti lavorarono e lavorano a *segnare i limiti, la funzione del Diritto penale*. Indicano la necessità, che alla *controspinta criminosa* non operi il magistero penale soltanto, ma *tutte le forze* emendatrici e medicatrici sociali, scienti-

ficamente ordinate. Vale a dire, indicano la necessità di una Terapeutica criminale e di una Politica, a base di profilassi e di prevenzione.

Compito, verso cui la Scuola antropologica si è volta fin dall'inizio — Questa Politica criminale, però, non dev' essere antigiuridica: *deve integrarsi con il giure penale*. Bene ed insistentemente lo ricordava G. B. Impallomeni.

2. Fra tanto lavoro, qual' è il compito nostro? Non siamo esperti di giurisprudenza, nè sociologi o legislatori — Noi siamo cultori di Psicologia e di Clinica — Posti in questa ristretta sfera di azione, abbiamo un compito più che mai grave.

Si riassume nello studio della personalità, del « carattere » e dei « caratteri umani », in rapporto a condizioni organiche e sociologiche, a condizioni morbose e normali.

Noi porgiamo al Diritto un fondo (per quanto limitato) di conoscenza umana concreta, da cui trarrà qualcuna delle sue induzioni, su cui piegherà l' azione sua normativa.

Inoltre possiamo seguire il Diritto nelle applicazioni giudiziarie, individuo per individuo — Il giudice, nonostante abbia cultura ed esperienza di uomini, mai potrà troppo piegare l' universalità della norma al caso singolo — Bene dovremmo farlo noi. Dovrebbe farlo il medico-psicologo nei sistemi penitenziari e nei dibattiti forensi.

Inoltre potremmo noi contribuire agli studii di Sociologia e di Politica criminale, seguendo (passo a passo) *l'evolversi degl' individui* nel mondo esterno, nella vita pratica. Andremmo avvisando *quei fattori e momenti interni*, prima radice di errori di condotta e delinquenza.

3. Come si vede, la nostra è funzione molteplice. Siamo a contatto con altri studiosi di varia e diversa competenza. Facile è per noi l'errare, il metter piede (come ho detto sopra) entro sfere d'indagini, per noi disagevoli — Onde la necessità di esatte cognizioni sui principii e sui metodi generali di quest'ordine di Scienze.

Noi ci terremo più che mai saldi al compito nostro, a quello di studiosi d' individui e d'individualità umane.

Nelle future lezioni di quest'anno io mi propongo di attraversare il vasto campo del Diritto penale, e dell' azione giudiziaria, da un simile punto di vista.

Sotto la sottile, maravigliosa rete psicologica del Diritto penale, vedremo le *posizioni umane concrete*, normali e morbose, *che vi si ascondono*. Ed infine andremo saggiando il modo, come le disposizioni penali *realmente operino* sugl' individui, nei dibattiti forensi, oltre, a sentenza pronunziata — Ripeto. Eviteremo le questioni giuridiche, movendo ognora alla ricerca delle varie realtà umane, su cui opera il Diritto.

Sulle caratteristiche psicologiche del fanciullo anormale

**[Conferenza al Corso di Pedagogia ed Igiene Infantile
tenuta in Varese nel Settembre, 1911.]**

DEL

Dr. Prof. Fr. Del Greco.

I.

Signore,

Certo, io non pretendo, nel breve giro di un'ora, di descrivere a Voi tutte le anomalie e tutti i morbi dell' anima infantile. Il mio scopo è più modesto. Desidero richiamare la vostra attenzione su qualche *deviazione* soltanto, che sia accenno, inizio di morbosità.

Conoscenza indispensabile — Quegli accenni, quegl' inizii sono tanti ostacoli all'opera della istitutrice: segnano talora i limiti di essa. Porgono a noi il modo di comprendere alcune invincibili difettosità del bambino. Reclamano in chi educa l'uso di altri mezzi. Lo costringono ad uscire dalla via, lungo cui avanzava.

L'argomento non è lieto — Voi ben sapete, che cosa voglia dire trattar materia psicologica, conoscere, penetrare dentro un'anima. Non basta osservare attentamente *le espressioni* del volto, dello sguardo, il gesto, la parola. E' necessario dall'espressione, dal gesto intuire lo "stato d'animo". E ciò non è possibile, senza che in noi qualche cosa non vibri, senza che nel nostro spirito, nei nostri cuori non si formino altri stati d'animo *in corrispondenza* con quell'uno, posto a noi

dinnanzi — Con simpatia dobbiamo rivivere quelle anime piccine. Uno slancio di tenerezza, di amore deve legarci a quell'inquieto mondo, a quelle teste, ricciute, o bionde, o brune, a quei grandi occhi intesi su noi. Maggiormente dobbiamo farlo (con amore e cura maggiore), quando nel fanciullo appaiono lacune, stranezze, perversioni morali. Dobbiamo vincere il disgusto e l'impazienza: ed amarli maggiormente. Così, per meglio conoscerli e meglio avvisare ai rimedii.

Dopo tutto, i bimbi perversi, anormali, non lo sono per *elezione*. Essi portano in sè stessi una grave eredità, una eredità di miserie, di malattie, di colpe e di dolori! La responsabilità (se ve n'è) deve essere ricercata più in alto, nei genitori, nella stirpe, prima che quei derelitti venissero al mondo.

⁂

Pur troppo è latente o manifesto in noi quanto di buono o di cattivo vi era nei genitori e negli antenati nostri. L'individuo, quantunque singolare, unico, ha in sè un *miscuglio* di qualità, che si continuano, in alto ed in basso, per tutta la stirpe — Se ognuno di noi, uomo o donna, riuscisse a conoscere perfettamente sè stesso nel fisico e nel morale; se riuscisse a conoscersi nelle particolarità sue; se ognuno di noi avesse la fortuna (o la sventura) di una esatta cognizione dei proprii genitori, collaterali ed antenati; se tutto questo assieme di cose potesse abbracciare di un solo sguardo; vedrebbe sè stesso, il proprio corpo e la propria personalità concreta, simile ad un gomitolo di nastri dai colori più varii. Ed ogni colore si continuerebbe in alto o di lato nella stirpe, ora spuntando in questo, ora nascondendosi nell'altro individuo. Andrebbe sotterraneo quel colore o qualità, attraverso esseri e generazioni, sbiadendosi od intensificandosi qua e là — Vedete, ora culmina e rinforza, ora dilegua!

Da un tale punto di vista noi siamo, come presi in una moltitudine infinita di qualità. Ognuno di noi (ripeto) è un miscuglio, un gomitolo di nastri dai colori più varii — Questa fatalità ereditaria la Scienza e la Educazione possono modificare: possono far vivi i colori dolci e lieti, attenuare o nascondere (se non del tutto seppellire) quelli crudi e sgradevoli.

∴

In quest'alta regione lombarda (come in qualsiasi regione al mondo) abbiamo alcune malattie ereditarie, che guastano la razza, che passano talora di padre in figlio sorde, poco avvertite, benchè tristamente efficaci — Abbiamo la *pellagra:* malattia vinta in gran parte. E' il male della povera gente: li sciupa terribilmente nel fisico, e li fa tristi e confusi. I figli dei pellagrosi vengono su, miseri anch'essi nell'organismo, malinconici, dalla intelligenza povera, ristretta.

Vi è un'altra e diffusa malattia, ignota nelle sue cause: *la malattia della glandula tiroide* — Voi sapete dov' è posta questa glandula, sulla trachea, davanti al collo — Vi sono casi tenui di malattia; ve ne sono di gravi o notevoli — La glandula, o funziona poco, vien meno nella funzione: si ha *l' ipotiroidismo.* Vengono su bambini gozzuti, torpidi, irritabili, con anomalie nello sviluppo dei varii organi. Sono lentissimi nell'apprendere. Quelle cose che imparano, le imparano benino; ma sono piccole cose. La loro attenzione regge, ma è povera: non si fa centro di svariate conoscenze e di nuove impressioni.

Accanto agl'ipotiroidei, o difettosi nella funzione della tiroide, vi sono gl' *ipertiroidei,* individui che mostrano tale funzione esagerata — Sono intelligenti d'ordinario e ben formati; però eccitabili, inquieti. — In essi batte forte il cuore per un nonnulla, gl' intestini si mettono in moto, gli occhi diventano talora sporgenti. Dormono poco e male. I bambini ipertiroidei non sanno star fermi, compiono atti disordinati.

Vi sono altri mali: l' *alcoolismo.* E' il peggiore di tutti: va compagno a grande irritabilità di carattere nei figliuoli, a violenza d' impulsi animali.

∴

Vi ho parlato di tre grandi fattori di malattia e distruzione della razza: pellagra, morbo tiroideo, alcoolismo — Ne abbiamo tanti altri, che colpiscono il nuovo essere in formazione, durante la vita intrauterina. Noi, prima di venire al mondo, percorriamo tutto un ciclo di esistenza nell'utero materno. Si può ammalare, vivendo nell' utero, e (dopo nati) se ne portano traccie indelebili.

Non ricordo le malattie, di cui soffrono i bambini nei primi anni di vita (meningiti, tifoidee, rosolia, scarlattina, angine, ecc.). Queste malattie possono alterare lo sviluppo e la formazione del cervello. Il nostro cervello, all'epoca della nascita, non è formato pienamente. Malattie diverse ne turbano lo sviluppo ed influiscono sullo spirito.

∴

Come sapete, il nostro spirito è *in rapporto* con l'organismo — L'organismo è diverso secondo gl' individui, secondo il sesso, secondo le età. Correlativamente è diverso lo spirito. Mutamenti, disordini, che si ripercuotono nella *totalità* dell' individuo organico, possono infirmare lo spirito — L' ultimo è in rapporto *con l'organismo* ed ancora è in rapporto *col mondo sociale:* muta, si sviluppa o declina *in funzione* di questi due campi di realtà.

∴

Voi mi direte. Fino ad ora avete parlato di bambini, vittime di mali ereditarii o di morbi nella vita intrauterina, o durante la prima infanzia. E queste vittime hanno nel loro organismo, nella forma del capo, della bocca, del naso, degli orecchi, nello sviluppo delle ossa, nei movimenti, e via, hanno i segni del male. Segni, che rivelano la profonda deviazione del loro organismo e del loro spirito — Costoro (potreste aggiungere) richiamano poco l'attenzione dell'ordinario educatore — I bimbi malati, pazzi o gravemente anormali, si educano in iscuole speciali, in Riformatorii, in Istituti, che nulla o ben poco hanno da fare con le nostre scuole.

Certamente. Notate però, che a questo mondo, d'ordinario, *si va per gradi.* Presso al bambino, folle o gravemente anormale, vi sono altri, meno anormali, con difetti, con parziali morbosità dello spirito. — Se i grandi fattori della degenerazione organica, se la pellagra, il morbo tiroideo, l'alcoolismo, le tifoidi, ecc., ledono *profondamente* tanti individui; *toccano lievemente altri* — Questi organismi sono alterati in grado leggiero — Ognuno di noi ha lati difettivi e morbosi. Le

cause morbose sono dovunque, ci compenetrano, ci dominano. Ed allora i nostri spiriti, le nostre anime rivelano alcuni disequilibrii o manchevolezze, correlative a quelle organiche deviazioni.

Conoscere queste lievi manchevolezze, o disordini, è importantissimo. Il difetto, l'anomalia (psichica e somatica) *si riverbera, influisce sulla totalità del pensiero e della condotta nostra.* Influenza, ora evidentissima; ora parziale, nascosta, sottile: ma influenza sempre.

II.

Appunto dovremmo vedere, o Signore, gli effetti di codeste parziali, sottili, nascoste alterazioni, sullo *sviluppo* complessivo dell' "anima infantile" — Sarebbe attraentissima ricerca seguire, passo, passo, lo *sviluppo* in parola, notarne tutti i difetti, gli errori *in rapporto* all'organismo. Noi ci limiteremo a qualche gruppo di fenomeni soltanto, in modo che possano impressionare, restar saldi nella nostra memoria.

Voi lo sapete: il bambino non è un solitario, non può vivere solo al mondo. È attaccato alla madre fin dai primi mesi. Fin dai primi mesi cerca il tepore del corpo materno e via via fissa gli occhi negli occhi di colei che lo nutre. — Il bimbo, crescendo, si muove, si agita, ama i vivi colori e ciò che fa rumore: afferra, rompe, batte, suona la tromba ed il tamburello, giuoca. E nel giuoco ama la compagnia degli altri bimbi e dell'adulto.

Il bimbo adunque vive una vita tutta esterna. *Vive della festa di luci, colori, rumori, vive dei suoi sensi.* E vive, guardando fiso, attento, l'adulto ed il compagno. Imita, ripete, domina, obbedisce.

Voi sapete, o Signore, come sia fresca, assorbente codesta vita dei sensi nel fanciullo! — Qualcuno di voi lo ricorderà — Chi di noi, adulti, potrà mai sentire quella pienezza di gioia, quella eco in tutto il proprio essere fisico, che bimbo provava in una luminosa giornata primaverile? — I pezzi di carta gialli, verdi, bleu, dorati, avevano per le nostre anime un sentimento, che ora più non hanno. Così i suoni, ora squillanti e lieti, ora paurosi e tristi e laceranti. Il lento tic tac dell'orologio, nella notte, non destava in noi un sentimento di quiete paurosa e di esistenza, colma di mistero? — E gli altri sensi? — I movimenti? — E le ghiottornie più diverse?

Con il crescere degli anni questa vita piena, voluminosa dei sensi non si ha più. La sensazione, la impressione non ci riempie, non ci domina, non risuona in tutto il nostro essere — Invano Fausto grida all'istante: "Fermati,sei bello!". Per noi, più non arriva questo istante— Le letterature di antichi popoli fanno a noi vedere, come in quella remota umanità fosse operosa una tal vita. Leggete OMERO, quelle deliziosissime pitture della Odissea: risentirete alcunchè di fresco e di quasi obliato nel lontano del proprio spirito.

∴

Un fanciullo, poco socievole, solitario, non gaio, *che poco vive questa festa dei sensi e dei movimenti,* mette in sospetto. Il suo organismo non è normale.

Una meningite gli avrà rese ottuse o sgradevoli le sensazioni uditive. Una difterite, da cui si è miracolosamente salvato, gli ha diminuito il senso del gusto — Tutti gli educatori (lo sapete) curano l'esercizio dei sensi. Ed ancora in Pedagogia anormale: dal SÈGUIN in poi l'angusta intelligenza del deficiente è tirata su per questa via.

Non parlo dei movimenti. Certi fanciulli, per nulla attenti, fanno smorfie, hanno movimenti disordinati, goffi. Sono dei biricchini? Lo fanno per cattiveria o per indisciplina? Spesso lo fanno, perchè *malati o difettosi* — Altra necessità dunque: educare con i sensi i movimenti.

La disattenzione e la poltroneria sono segni importantissimi. I deficienti sono disattenti: i figliuoli di alcoolisti, i futuri criminali sono per nulla laboriosi — L'uomo non è nato laborioso. Il selvaggio non è laborioso. Secoli di schiavitù, di lavoro forzato ci hanno piegati all'obbedienza, all'attenzione, alla metodica fatica. — Questo è vero. E bisogna tenerlo in conto nel giudicare i fanciulli. Nondimeno, se troppo disattenti o poltroni, urge rivolgersi al medico. — Alle volte non stanno bene, sono indisposti, malati per qualche giorno; altre volte (ho detto) grava su loro qualche triste eredità.

.·.

Il fanciullo vive dei sensi, ma a suo modo. Quanto percepisce, *egli lo anima, lo personifica* — Mi spiego — Se vede alcune gocce di rugiada sopra una foglia, dice che la foglia "piange". Se vicino ad un oggetto grande ne trova altri piccolini, dice che i piccoli sono figli del grande.

Il fanciullo interpetra tutto con la sua limitata esperienza di piccino. Trasferisce nelle cose la sua natura personale, di essere vivente, animato. Vede nelle cose, vicine o lontane, quelle relazioni medesime, che vi sono fra lui e la madre e gl'individui più famigliari. Specialmente nei rapporti con i piccoli animali, appare evidente un simile modo di conoscere e valutare.

I bambini s'interessano grandemente, quando scorgono un piccolo cane, un coniglio, una pecora, un uccellino. Non solo. Ma ne cercano la società, come se fossero altri loro stessi — Voi conoscete l' affetto d'ogni bimbo per qualche bel bracco o terranova. Vinta dapprima la paura, ne diventa grande amico — Ambedue, eccoli, compagni di giuochi! — E badate: per il bimbo quegli esseri sono, come se fossero soggetti umani—Una volta un bambino intese dire, che quel giorno era l'anniversario di un Santo. Ed un piccolo cane aveva il nome di quel Santo. Il bambino andò difilato dalla madre per proporle di fare un mazzolino di fiori da regalare al cagnolino nel suo giorno onomastico.

.·.

Il modo di conoscere del bimbo è animistico, ricorda per molti lati la conoscenza dei popoli primitivi. E come di questi, la sua è *conoscenza incompleta.* — Di un oggetto non vede tutte le particolarità, come le osserva l' adulto; bensì alcune soltanto. Vede quelle *caratteristiche,* che lo interessano. Richiamando la sua attenzione su qualche lato di una cosa, egli si fa penetrantissimo. Ma, d' ordinario, intuisce alcuni caratteri soltanto, benchè con molta vivezza.

A prova di ciò voi potrete esaminare i disegni di un bambino. —Lo sapete, come sono fatti — Linee, sgorbii, punti, messi assieme,

senza obbedire alle leggi della prospettiva e tirati goffamente, *di maniera*, come si direbbe. Certo, gran parte di ciò si deve a mancanza di conoscenze, di tecnica, di movimenti adattati, e via via. Ma il sostanziale è questo: un disegno per il bimbo non è « copia » della realtà. *È come un simbolo della realtà*, è come una scrittura pictografica. Quelle linee suscitano in lui mille impressioni e rendono le caratteristiche della cosa disegnata.

.˙.

Adunque il bimbo, nonostante la vivezza dei sensi, nonostante la sua penetrazione nel fissare le caratteristiche degli oggetti, ha del mondo una rappresentazione lacunare: *lo concepisce incoerentemente.* Basta, che egli si allontani di poco dal campo della vicina esperienza, per intuire un misterioso spazio lontano.

. . . . Quei monti azzurri
Che di qua scovro e che varcare un giorno
Io mi pensava. Arcani monti! Arcana
Felicità fingendo al viver mio!

Ed allora (ripeto) egli colma i vuoti con analogie, tratte dalla sua esperienza d'ogni giorno, con mille fantasticherie piccine.

E come inventa queste fantasticherie? Le inventa col *gioco* — Il gioco è il grande esercizio intellettuale della infanzia. Nel gioco il fanciullo recita una parte e la recita sul serio. Diventa mammina, o soldato, o prete, o marinaio. Mentre gioca, è in istato di semiconsapevolezza. Egli imita, ripete, modifica le sue esperienze diuturne. E le vive con tutti i sensi, movendosi, toccando, facendo rumori, spostando, rompendo.

Non occorrono per giocare oggetti perfezionati: bastano cose da nulla. Il bambino ha *un potere di realizzazione imaginativa intenso*, sì che tutto a lui giova per rappresentarsi cose vive e concrete. Egli si perde in questo mondo.

*
* *

Vedete così, o Signore, quale sia la mentalità del bambino. Percepisce dati esatti, precisi, ma incompleti. Non solo: ma li fonde in tutta una rete di fantasticherie ingenue. Vi sono bimbi osservatori, positivi, che ricordano e vedono particolarità esatte. Altri sognatori — D' ordinario essi sono l' una e l' altra cosa insieme.

La memoria del bimbo è sorprendente, perchè fissa molto di quanto ha osservato, tutte le esperienze sue: però ha il difetto di essere senza ordine ed estensione — Voi sapete, che, per ricordare, è necessario non soltanto rappresentarsi i fatti, gli oggetti osservati o vissuti; ma bisogna *inquadrarli con ordine nel panorama del passato.* Bisogna, che ogni cosa stia al suo posto — Ora, nel bimbo vivissima è la memoria delle cose e degli eventi isolati, ma *l' inquadramento è difettoso.* Possono così aversi in lui errori di memoria gravi.

Altra considerazione. Il bimbo gioca e nei giochi si crea un mondo fantastico, che ha la vivezza del reale. Ed egli può confonderlo tra i ricordi. Mentre nell' adulto il mondo della *memoria* e quello della *imaginazione creatrice* sono separati; nel bimbo sono *male distinti e talora confusi.*

*
* *

Queste particolarità d' intelligenza spiegano, come i bambini sieno *pessimi testimoni* — Le menzogne della infanzia derivano da questa peculiare mentalità, in cui il vero, lo sperimentato si pone allo stesso livello del fantastico.

Vi è di più. Il bimbo non è un isolato. È un essere sociale, in comunione, con gli altri bambini nei giuochi, e con gli adulti. Può prendere dagli adulti e dai compagni tante idee e le prende interamente, senza discussione. *È suggestionabile.*

Essere suggestionabile vuol dire accogliere quanto altri dice, vuol dire *subirlo passivamente,* senza critica e senza resistenza. Vuol dire risuonare come una corda di pianoforte vicino all' altra corda che vi-

bra — Questa risonanza, pura e semplice, in verità, si dice *contagio psichico*. Suggestione indica alcunchè di diverso, di non molto diverso: subire, come una *pressione psichica* da un altro, che ha intenzione di influire su noi.

Il bambino è in queste condizioni. Egli non ha conoscenze, che possano opporsi, che possano trovarsi in contradizione con quella che gli vien detta. La sua poca, disordinata, vivace ed animistica conoscenza lascia, che, accanto ad una idea, possa sedere un' altra non appieno coerente — Non è, ch' egli non ragioni — Ragiona molto, questiona, investe con i « perchè ». Ma i « perchè » sono passaggi da una idea, o (meglio) da una imagine concreta ad altra imagine concreta. Le idee sono in lui connesse da azioni e da *analogie*. E le analogie hanno l' inconveniente di tenere assieme cose diversissime. — La mentalità é suggestibile ed auto-suggestibile in grado notevolissimo. Sono essi perciò cattivi testimoni.

.˙.

Quali adunque sono i difetti della mentalità infantile?

Ciò che ho detto: — l' appercezione incompleta degli oggetti e dei fatti — il modo animistico d' intuirli — le integrazioni ideative fantastiche, personali, per " analogia " — la facile tendenza a tutto obiettivare, concretare, sì da confondere l' imaginato con quello che veramente esiste — la suggestibilità grande.

Nel fanciullo anormale o psicopate tali condizioni si esagerano — Egli é troppo inerte, od inquieto, non sta fisso ad un posto, tutto afferra e malmena. E' *disattento*, talora è *allucinato*, vale a dire vede o sente cose che non sono. Racconta talora *fatti inesistenti*, si perde in uno slegato e confuso chiacchierio — E' questo non di rado uno dei primi segni della follia nel bimbo. Torna a casa e racconta alla mamma tante cose che non si sono verificate.

Nella follia, ed in genere nelle condizioni anormali dello spirito, si esagera in lui questa fantastica, subiettiva percezione ed interpetrazione dei fatti ed avvenimenti reali — Ciò si osserva ancora in molti adulti deficienti.

III.

Non riusciremo ad un esatto concetto delle bugie e delle falsità, che dicono i bambini, senza considerare un altro lato del loro spirito. Ne abbiamo veduta la " intelligenza ": guardiamone il cuore, l' " animo ".

Lo sapete bene. Il bimbo non è ancora un " essere morale " — Per dire fermamente la verità, occorre avere *il sentimento di ciò che valga il vero.* Il vero ha valore per sè. Ognuno di noi deve nel proprio intimo educare questa probità intellettuale di dire il vero per il vero. Ora questo sentimento si è sviluppato tardi nella umanità, si è sviluppato con il progresso dello spirito filosofico e scientifico.

Per innumerevoli uomini (se non per tutti) la *veracità* è sotto il dominio di tanti altri sentimenti: *paura, odio, orgoglio, piacere di essere ammirati, spirito di polemica, ecc.* Lo spirito sereno, che cerca e dice il vero per il vero, anche a costo ed in contradizione con i proprî convincimenti più cari; è molto difficile a trovare.

Che meraviglia, se il povero bimbo con la sua mente mitologica, suggestibile; se il bimbo pauroso, iracondo, con una buona dose di vanità (come ogni essere umano); non dica sempre il vero e spesso e volontieri qualche bugia?

***

Ho ricordato, che il bimbo non è ancora un essere morale. E' un *piccolo egoista,* e dev' esserlo — Che cosa è l' egoismo? E' il prendere a centro dei desiderii, delle azioni e sentimenti, il proprio *essere, organico, fisico.* E' non perdere mai di vista l' ingrandimento e lo sviluppo del proprio essere fisico, od infine del proprio essere psicologico, come imposizione e dominio sugli altri.

Ora il fanciullo, all' inizio, è soggetto a prevalenza organico, che ha bisogno di nutrimento e di cure per vivere, per crescere. Sapete bene, che un nonnulla può ucciderlo. E' legato al seno, al corpo materno, diletto parassita — Cresce e poi si agita e si muove. E quel

muoversi, quell' agitarsi vuol dire ingrandimento dei proprî organi — Se vien su questo essere, come un piccolo egoista; è bene. Altrimenti non potrebbe vivere (ripeto).

Il bambino non è tutto egoismo. Con l' egoismo si sviluppano in lui due altri lati:

1) Ho detto: è legato alla madre. Incomincia a sorgere in lui un *sentimento di soggezione, di dipendenza* verso la madre e verso l' adulto — Fatto importantissimo !

2) Altro fatto. Muovendosi, agitandosi, guarda ciò che fanno gli altri, ed imita, si studia di ripetere le azioni altrui — Vede le cose animisticamente (ho detto) : trova dietro ogni cosa od avvenimento un altro sè stesso — Abbisogna di compagnia per giocare: cerca la compagnia dei piccoli animali — Per tutti questi fatti, vale a dire, per la " imitazione ", per la " conoscenza animistica ", per la " socievolezza nei giuochi "; per tutti questi fatti incomincia a rendersi vivace in lui la *simpatia* — La simpatia è una dote intellettuale ed affettiva nostra; è sentire in noi risorgere, accennarsi gli stati d' animo altrui. E' soffrire e gioire *in consenso* con i dolori e le gioie degli altri.

Il " sentimento di soggezione " e la " simpatia " preparano in noi i sentimenti morali, il *criterio e la energia morale*. L' ultima importa, che sieno formati la *volontà* e la *ragione:* portati supremi della evoluzione psicologica. Ma certo la simpatia ed il sentimento di soggezione e dipendenza la preparano.

∴

L' umanità si è fatta in tal modo — Volgiamo lo sguardo allo sviluppo storico della Mente umana — In sugl' inizii, nelle società selvagge o barbare, la soggezione al duce, al re, al sacerdote, alla classe imperante, è stata la prima disciplina morale. La paura della pena, la speranza del premio hanno frenato i nostri istinti inferiori.

La norma morale è una norma universale, che deve aver valore per tutti gli uomini: in questo carattere di universalità operosa è la sua importanza solenne. la sua efficacia — Badate però: questa norma, sia nel bambino, sia nella Storia umana, non si presenta come alcunchè di astratto e metafisico. In tale forma sarebbe arido schema.

Essa si presenta, come qualche cosa di concreto e vivente, *materiata in una Personalità, che è su noi e noi domina.* Noi ci prostriamo, l' adoriamo. Un impeto di paura e confidenza, di soggezione e di amore ci lega a quella elevatissima Personalità — Rappresenta gli spiriti degli antenati, gli dei lari o della città, della nazione, della umanità intera?

La regola morale è là, umanizzata, concretata in una Personalità, simile a noi, ma *sovrastante e divina* — Simile a noi. E questa somiglianza attira i nostri cuori, fa sì, che alla Imagine tenda le aperte braccia ogni dolorante spirito — E' in alto, è divina. Questa superba elevazione, questo sovrastare, imperiosa, divina, regge in noi il "sentimento di dipendenza" — Soggezione ed amore, e speranza! Per tal modo si è attirati in alto. Lo spirito lotta, inizia quella faticosa salita di girone in girone, di cielo in cielo, che DANTE e GÖTHE cantarono nei loro poemi immortali!

.˙.

Per il fanciullo è la madre, l' adulto, l' istitutore, la Personalità che dapprima si erge davanti a lui — E non siamo tutti fanciulli, non vestiamo di colore mitologico e di leggenda gli Eroi della Umanità e della Patria? Non diamo alla loro vita nel mondo il significato di una rigida linea, di una traiettoria, sovrastante alle miserie umane, *guida* all' operare?

Con il *sentimento di dipendenza,* non ancora evoluto ed intrecciato con altri (come quello sopra descritto), ma pura dipendenza; uopo è si aggiunga il sentimento di *simpatia,* di consonanza: la mano nella mano fraterna, l' occhio nello sguardo di chi si ama. Si educa così il nostro cuore a palpitare dei dolori altrui e delle gioie altrui — La simpatia non basta da sola a costituire la vera umanità nostra. Gl' impulsi, determinati da essa, sono temporanei e [non di rado] eccessivi. Si va troppo dall' irruente affetto ed aiuto all' ira talora ed alla distruzione — Occorre la *regola morale,* data dalla Ragione, materiata nell' Ideale umano superiore. Ma la simpatia riscalda, è elemento di questo Ideale, lo completa; gli dà il palpito dell' amore, la spontaneità rapida, efficace.

Nel fanciullo adunque, non moralità, ma questi germi di moralità: sentimento di dipendenza (ho detto) — accenni di simpatia — mistica apprensione di tutto.

. . .

Vi sono nature, delicate e sensibili, che impressionano con la precocità dei loro sviluppi interiori — Alcune care bambine hanno talora portamenti gentili, fini atti e parole. Nei loro sguardi s' intuisce un' anima, che sorge per la devozione, per l' amore. Esse fanno pensare a quegli spiriti eccezionali, che poscia vivranno nell' Ideale, pronti ad immolarsi per qualche suprema visione.

E' forse un' anomalia questo altruismo, questa voluttà di sacrifizio? — Anomalia, se spezza, se troppo deprime quel necessario egoismo, operoso in una età di grande sviluppo organico. Non per nulla l' adagio volgare ripete, che i bambini, troppo sensibili ed intelligenti, muoiono presto.

Altre anomalie si possono trovare nel bimbo: ribellione all' autorità, difetto di quel sentimento di dipendenza, di cui sopra ho discorso — Certa indisciplina è naturale in qualsiasi bambino, ma deve essere limitata. Con l' adolescenza sorgerà poi il gravissimo problema sul necessario equilibrio tra iniziativa individuale ed obbedienza. — Quando la indisciplina è *ribellione costante* all' Autorità, diventa brutto segno nel bambino.

Altro brutto segno: *la mancanza completa di simpatia* — Vi sono bambini crudeli, che hanno una simpatia pervertita ed a rovescio; hanno il piacere del male, il piacere di veder soffrire il compagno ed i piccoli animali.

Non sempre certe brutte azioni dei bimbi sono crudeltà. Spesso le compiono, perchè non conoscono la sofferenza, il dolore del compagno o dell' animale. Distruggere, maltrattare per essi, è *non conoscere* che lavorano sul vivo, su ciò che palpita — Però vi sono dei casi, in cui i bambini sanno davvero, che il piccolo essere, la piccola vittima soffre, e si compiacciono dell' altrui dolore.

∴

Bimbi ribelli e crudeli ve ne sono: impressionano stranamente chi li osserva — La indisciplina, la crudeltà nell' uomo maturo si veste talora del manto della ipocrisia. Brutto manto in verità, ma covre sempre qualche cosa! — La casistica del prepotente ipocrita, per quanto repulsiva ed irritante, ricorda ognora il lontano impero dei sentimenti morali, di qualche cosa che supera e piega l' egoismo.

Nel bimbo nulla di tutto ciò. La crudeltà è ingenua. Da quella cornice tranquilla, sincera, viene fuori l' aspra manifestazione istintiva antiumana. E ci percuote. Fa a noi sentire tutta la fatalità sua — Infatti ha radice nella deviazione organica e nel morbo.

I bimbi, perversi e crudeli, portano le stigmati di un organismo difettoso. Figli di alcoolisti o di stirpi tarate da mali diversi, hanno tuttavia alcunchè di precocemente vigoroso nella persona: hanno talora la faccia grossa — Puer robustus, puer malus — è un detto antico — Ed hanno un egoismo ferreo: voraci, cupidi, precoci voluttuosi, maneschi, dominatori.

Nel Riccardo III dello Shakespeare la madre dice a Riccardo, al re deforme e crudele :

Fatale incarco fu il tuo nascimento
Per me: fanciullo eri protervo e crudo
..... audace, iroso,
..... d' ogni freno,
D' ogni legge sdegnoso .....

Talvolta la malvagità non è continua, è *accessuale*, viene a periodi. Il bimbo è allora un epilettico in germe, un epilettoide, un neurosico — L' epilessia, nella prima infanzia, spesso si manifesta con oscuramenti fugacissimi della coscienza, e con impeti di malvagità, di distruzione, di atti perversi. Altre volte quei bimbi sono, ad ora, ad ora, sonnambuli, che in uno stato di semisogno compiono monellerie e stranezze.

.·.

Ed infine dovremmo ragionare di un gravissimo fenomeno, del *suicidio* nella infanzia.

I fanciulli suicidi vengono da genitori affaticati. Sono nervosi, impressionabilissimi: si uccidono per un nonnulla, per un rimprovero, per un esame mancato. — In alcuni casi il suicidio è *imitazione ed impulso irragionevole.* Compiono l' atto automaticamente, senza bene sentire o valutare quello che fanno — Altre volte l' ispira *verace dolore.* Ciò che per l' adulto è un nonnulla, per essi è grave e profonda cosa. I dolori dei bimbi, le loro gelosie laceranti, le loro angoscie, spesso ci sono ignote. Non di rado nulla sappiamo della loro vita interiore. Così vicini ad essi e senza comprenderli! Un povero bimbo, cui manchi il sorriso materno, il pronto aiuto materno, come deve sentirsi perduto, se vittima d' intenso, ostinato dolore! — Nel suicidio per dolore domina sovrano il "sentimento d' abbandono". Uno sguardo affettuoso, una mano amica può salvare moltissimi sul limitare della ruina. Bisogna commuoverli, riprenderli dentro la tepida, sicura atmosfera di affetti, di cui si credono respinti, donde vanno raminghi e cadono nel nulla umano.

IV.

Dal mio discorso potete bene arguire, quali siano i caratteri per segnalare un fanciullo anormale.

In primo luogo, ho detto: vi è *mancanza di attenzione,* mancanza d' interesse nello apprendere cose ed eventi. Ho ricordato, come nei primi anni il fanciullo viva molto di sensazioni e movimenti. Egli ripete esperienze continue, senza saperlo. Per tal modo acquista conoscenza del mondo esteriore — La funzione attentiva, allora è segno d' intelligenza in formazione, quando si fa malleabile (direi) ai suggerimenti dell' istitutore ed agli svariati stimoli dell' ambiente psicologico. In seguito diviene volontaria, auto-consapevole. — Nel fanciullo anormale è colpita questa espressione centrale della vita psichi-

ca. E con esso va l' inadeguato apprendimento del mondo esteriore — Si esagerano così quegli *errori* nel riferire cose ed avvenimenti, proprî della età: errori che possono arrivare (ho detto sopra) fino al delirio.

L' attenzione non è soltanto un fenomeno intellettuale; va con l'inizio del *dominio* di sè, dei proprii movimenti ed impulsi. E' ancora un fatto *di attività e di volere* — Nell' anormale l' attività è irregolare. Il bambino anormale è inoperoso: ora inerte, depresso, ora inquietissimo, disordinato. L' attività quindi assume in lui queste due esagerazioni opposte, di *prostrazione*, ovvero di *eccitamento*. Fasi, che talora si susseguono, avvicendano a periodi; o l' una spezza subitanea l' altra, come negli epilettoidi, sopra ricordati.

Con la deficiente attenzione, con gli errori nel riferire le cose, con l' accentuarsi delle manchevolezze, inerenti alla mente infantile; con l' attività, ora prostrata, ora in eccitamento; vanno nei bambini anormali le alterazioni affettive, di cui ho lungamente discorso. Vale a dire: *l' esagerarsi dell' egoismo, ribellione ed assenza di simpatia,* crudeltà, piacere del male.

Queste in blocco le anomalie della psiche infantile, ora tenui ed isolate, ora convergenti e gravi. Nell' ultimo caso possono assumere forme cliniche definite.

Oltre l' esame *psicologico*, bisognerebbe menare innanzi quello *somatico*, ricercando le difettosità organiche del bambino. E bisognerebbe ricostruire la sua storia medica e psichica: non tanto la sua storia particolare, molto breve, ma quella dei suoi genitori e della sua stirpe.

∴

Comunque sia, l' educatore, la istitutrice che avvisano qualcuna o parecchie delle note, ora esposte, si pongano in guardia — Per il fanciullo anormale occorre un' altra Pedagogia: l' ordinaria non basta. La Pedagogia degli anormali non è sostanzialmente diversa da quella comune. In essa bisogna andare più adagio, percorrere i gradi della formazione psichica, a passo, a passo: bisogna contentarsi del poco, del minuto. Ed è necessario tenere occhio alle *condizioni organiche*— Giova aggredire il nemico da un'altra parte.

E' un errore il credere, che lo spirito umano si modifichi *solo con un ordine* di mezzi. Ho detto sopra, che lo spirito è in rapporto al mondo organico ed al mondo sociale. E le condizioni organiche e sociali si riverberano in esso — I mezzi pedagogici sono mezzi *sociali* a prevalenza, di azione reciproca di una mentalità sull'altra — Urgono collateralmente ancora i mezzi biologici.

.˙.

La Educazione non è funzione transitoria, magistero di pochi individui soltanto. Tutto il lavorìo cosciente sociale vi opera, efficacemente vi opera. La Educazione è la funzione sociale ed umana per eccellenza. — A tale scopo concorrono, l' igienista, il legislatore, lo amministratore, il maestro, il medico, il sacerdote, il filosofo, e via via. Ognuno ha il compito suo, deve prendere il luogo designato per sè. Quindi è necessario che conosca *nettamente*, con *precisione*, la propria sfera d' azione — La serietà dei risultati vuole, che ognuno conosca quello *che può fare e quello che non può fare.*

Il maestro, la istitutrice ha in tale opera eminente una funzione importantissima — Scoverte alcune anomalie psicologiche, cerca di vincerle con i suoi mezzi. Se tale prova non riesce, urge invocare altri aiuti, rivolgersi ad altri coadiutori. E rivolgersi a *tempo opportuno*, non troppo tardi.

Il maestro, la istitutrice devono scrutare l' animo infantile e *col molto bene debbono avvisarne ancora il male* — Opera ben grave! -- Voi sedete, pari a vestali, davanti al fuoco sacro di tante anime, di tanti spiriti in formazione, in isviluppo. Spiriti che tendono alla presente complicatissima vita sociale — Quando si considerino le spine, di cui sono intessute le vostre fatiche; quando si consideri la grande abnegazione che queste richiedono; si valuta al giusto l' apostolato vostro nobilissimo.

Noi tutti ci volgiamo al bambino per riposare l' animo delle aridità della vita — Voi, o Signore, li mirate con affetto sì, ed ancora con angustia, con pensiero faticoso. Operando dappresso a quelle testine vivaci, formando le loro piccole anime, Voi provate i dolori e le gioie di una novella maternità, di una maternità ideale ed imperitura!

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

Lesioni neurofibrillari nella Demenza Paralitica

(Comunicazione al XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana in Perugia; Maggio 911)

DEL

DOTT. GERARDO ANSALONE

Gli osservatori, che si sono occupati delle lesioni neurofibrillari nella paralisi progressiva, sono relativamente pochi, ma sono nella maggior parte concordi nel ritenere che le neurofibrille, sia nella midolla spinale che nella corteccia cerebrale dei paralitici, subiscano alterazioni le più svariate, dalle più lievi (semplice modificazione di calibro, sconvolgimento, disposizione a vortice etc. . .) alle più gravi (conglutinazione, disintegrazione e degenerazione granulare sino alla totale scomparsa). Uno dei primi ad occuparsi dell'argomento fu MARINESCO, (1) il quale, impiegando il metodo di CAJAL, trovò che le cellule corticali più lese sono le piccole e medie piramidali, e che la lesione non è uniforme: accanto ad elementi profondamente lesi, se ne trovano altri che lo sono meno, ed altri infine quasi normali. Asseconda dei casi, le neurofibrille appaiono parzialmente ispessite, frammentate, oppure invase da degenerazione granulare.

Le conclusioni di MARINESCO furono confermate da BALLET (2) e MARCHAND (3), e dagli osservatori, che si occuparono dopo dell'argomento, BIELSCHOSWSKI, (4) BRODMANN, e SCHAFFER, (5) il quale ultimo, impiegando il metodo Bielschowsky, nel mantello cerebrale potette notare che le circonvoluzioni a preferenza lese sono quelle visive, quelle del corno di ammone e quelle del polo frontale, dove anche egli, co-

(1) MARINESCO, — Note préventive sur les lésions des neurofibrilles dans la Paralysie générale — *Revue neurologique Juin 1904.*

(2) GILBERT BALLEL et LAIGNEL — LAVASTINE — Sur les lésions des neurofibrilles dans la Paralysie générale. Revue neurologique Juillet 904.

(3) MARCHAND — Lésions des neurofibrilles des cellules piramidales dans quelques maladies mentales — Société de Biologie, Octobre 1904.

(4) BIELSCHOWSKY u. BRODMANN. Zur feineren Histologie und Histophatologie der Grosshirnrinde — Iournal für Psychologie und Neurologie Seppt. 1905.

(5) SCHAFFER. Ueber Fibrillenbilder der progressiven Paralyse; Neurologisches Centralblatt. Gennajo 906,

me MARINESCO, potette notare lesioni progressive neurofibrillari sino alla disintegrazione granulare.

A conclusioni, invece, molto discordi da quelle degli autori precedenti, era pervenuto invece nel 1905 DAGONET (1).

Esaminando in tre paralitici, col metodo CAIAL, la corteccia cerebrale dei vari lobi, quella cerebellare, il bulbo, la midolla spinale, egli potette convincersi che, anche nelle regioni più lese, persistono ricchi plessi di fibrille estracellulari e che il sistema fibrillare endocellulare non mostra alterazioni degne di rilievo, per modo che fibrille lunghe e corte conservano un aspetto quasi normale.

Una profonda ed accurata analisi delle fine alterazioni degli elementi nervosi nella Paralisi Progressiva fu praticata da SCIUTI (2) nel 1907 in dieci paralitici. Per lo studio delle lesioni neurofibrillari si servì dei metodi di DONAGGIO e di quello di CAJAL. Estese le sue ricerche alla corteccia cerebrale delle varie provincie corticali, alla corteccia cerebellare, al bulbo, alla midolla spinale, ai gangli spinali, ai nervi periferici. Oltre i metodi neurofibrillari, impiegò anche quelli per lo studio della sostanza cromatica, della nevroglia, delle guaine mieliniche etc. per modo da poter compiere uno studio parallelo delle alterazioni delle varie parti, costituenti la cellula, e dei vari elementi costituenti il sistema nervoso.

Per soffermarci alle alterazioni dell'apparato neurofibrillare, egli, integrando le ricerche dei precedenti autori e specie quelle di MARINESCO, studia dettagliatamente il processo di fibrillolisi, ne descrive le varie modalità di inizio ora dalla parte più profonda del reticolo endocellulare, cioè dal cercine perinucleare, ora dalla parte più periferica, e da ultimo dalla zona reticolare intermedia; ne descrive le varie fasi: addensamento, disuguaglianza delle maglie della rete, cambiamento di calibro delle fibrille, spezzettamento, disintegrazione granulare o degenerazione granulare.

Mentre il MARINESCO però a queste due ultime fasi terminali del processo di fibrillolisi assegnava un valore assai diverso, ritenendo la disintegrazione (riduzione in granuli delle fibrille, senza perdita della

---

(1) DAGONET. La persistence des neurofibrilles dans la Paralysie générale. La medicine Scientifique Decembre 1904 et Annales medico-psychologiques Mai-juin 1905.

(2) M. SCIUTI. Le fine alterazioni degli elementi nervosi nella Paralisi progressiva. Annali di Nevrologia. Anno XXV fasc. VI.

disposizione primitiva) una lesione riparabile, e la degenerazione granulare (riduzione in granuli con irregolare disposizione nel corpo cellulare) una lesione molto più avanzata ed irreparabile, SCIUTI, sulla guida dei suoi reperti, che gli dimostrano spesso la concomitanza delle due cennate lesioni nello stesso elemento, è portato ad assegnare alla distinzione del MARINESCO molto minor valore.

Circa le parti cellulari, dove si inizia il processo di fibrillolisi, egli ritiene sia il corpo cellulare più precocemente leso e, nelle cellule corticali la parte basale, dove si trova più frequentemente accumulato del pigmento: le nurofibrille dei prolungamenti offrirebbero una maggior resistenza.

Non esclude però che in casi molto rari queste siano le prime ad ammalare.

Circa i rapporti tra fibrillolisi e degenerazione pigmentaria, dall'insieme delle sue ricerche, è portato a ritenere che l'accumulo di pigmento nella cellula talvolta non si accompagna a modificazioni strutturali dell'apparato reticolare neurofibrillare, tal'altra la degenerazione pigmentaria si accompagna a fibrillolisi.

L'impiego contemporaneo dei metodi neurofibrillari e del metodo di NISSL, nell'esame delle stesse circonvoluzioni, gli permise poi di concludere che l'alterazione della sostanza tigroide precede di poco o è omocrona a quella neurofibrillare, e la prima o ha la stessa estensione e gravezza della seconda o è più inoltrata e che giammai si riscontra il caso inverso.

Ancora più recentemente LAIGNEL — LAVASTINE (1) e PITULESCHU, impiegando il metodo BIELSCHOWSKY, descrivono gravi lesioni neurofibrillari nella corteccia dei paralitici, (frammentazione, agglutinazione, riduzione in granuli, polverizzazione etc.) rilevando ancora che le piccole e medie piramidali sono in generale più lese delle grandi, e che il più delle volte le fibrille nei prolungamenti persistono con caratteri normali, quando già nel corpo cellulare hanno assunto un carattere decisamente patologico. Al lavoro sono annesse tre tavole, che malauguratamente non appaiono affatto dimostrative dei reperti descritti nel testo.

Noi abbiamo applicato i metodi neurofibrillari di DONAGGIO e di

(1) LAIGNEL - LAVASTINE e PITULESCHU. **Lésions neurofibrillaires des cellules nerveuses corticales des paralytiques généraux. — L'encèphale, Decembre 1910.**

Cajal allo studio della corteccia cerebrale e della midolla spinale di quattro paralitici progressivi ed al XIV Congresso della Società Freniatrica in Perugia comunicammo di già le conclusioni delle nostre ricerche, illustrandole con una larga dimostrazione di preparati. Nella presente nota ci pare opportuno insistere ancora sui concetti già espressi, descrivendo quei reperti, che ci sembrano degni di un qualche interesse.

Riassumiamo innanzi tutto brevissimamente le quattro osservazioni cliniche con i relativi reperti di autopsia.

Osservazione I

C. Teobaldo da Corigliano Calabro di anni 39, calzolaio, ammogliato con figli, viene ammesso in Manicomio li 11 Settembre 1910. È alcoolista grave. Probabile contagio luetico. Nella sala di osservazione ha aspetto di persona disorientata, notevolmente confusa, in preda a grave irrequietezza: si leva dal letto barcollante: girovaga senza scopo, ciarla, aggredisce ciecamente. Risponde appena a qualche domanda elementare: si arriva così solo a sapere il suo nome e cognome, il mestiere, il paese di origine.

É disorientato: crede di trovarsi a Napoli, in casa di un principe del suo paese: non ricorda nulla del suo passato, nè degli avvenimenti ultimi occorsigli, prima dell'ammissione in Manicomio.

Somaticamente presenta: disartria incipiente: tremore a scosse disuguali alla lingua ed alle dita delle mani: andatura atassica: lieve disuguaglianza del riflesso patellare: strasbismo esterno all'occhio destro: le pupille sono eguali e reagiscono bene alla luce.

Lingua impatinata: polso frequente: temperatura normale.

15 settembre. Perdura lo stato di agitazione e confusione intensa con disorientamento.

29 settembre. Decade somaticamente molto rapidamente: si alimenta in una maniera insufficiente: viene trasferito all' infermeria, dove muore li 5 ottobre 1910 per marasma.

Autopsia eseguita sei ore dopo la morte.

Cadavere di uomo trentacinquenne: costituzione scheletrica regolare: nutrizione scadente: pannicolo adiposo scomparso: ipostasi cadaverica: rigidità cadaverica scomparsa.

Ossa craniche di mediocre spessore: diploe scarsa ma sufficientemente vascolarizzata; scarso sviluppo delle granulazioni pacchioniche. Dura madre di aspetto, consistenza, spessore normale. Pia meninge con note di infiammazione cronica non ugualmente intensa: sulla superficie convessa degli emisferi, è molto più opacata ed ispessita a livello del lobo frontale sinistro: si distacca però con facilità anche qui dalla sostanza corticale sottostante.

Le circonvoluzioni non presentano segni macroscopici di atrofia che a livello del lobo frontale sinistro. Nei vari tagli alla Flechsig non si nota nulla di importante.

I vasi del poligono di Willis non si presentano sclerosati.

Ipostasi pulmonare: cuore sano con apparati valvolari integri: aorta liscia, non dilatata. Fegato leggermente iperemico. Reni ingranditi e congesti: capsula facilmente distaccabile. Milza ingrandita del doppio con polpa molto spappolabile. —

Osservazione II

Sc . Nicola da Solofra di anni 49, coniugato con figli, viene ammesso in Manicomio il 5 Ottobre 1910.

Il padre fu forte bevitore e morì di apoplessia. L' infermo abusò di vino; visse in luoghi umidi: subì con molta probabilità contagio sifilitico. La malattia esordì nell'Aprile 1910. Non attendeva più con assiduità all'abituale lavoro; girovagava per la campagna senza scopo, abbandonandosi talora ad atti violenti.

In sala di osservazione ha fisionomia demenziale: risponde ora sì ora no alle domande, che gli si rivolgono: è estremamente torpido ed indifferente: spesso rifiuta il vitto e bisogna ricorrere all'alimentazione con la sonda: non si orienta nel nuovo ambiente: non riesce a dare di sè sufficienti notizie: sul fondo demenziale non fioriscono idee deliranti.

Somaticamente lascia rilevare:
andatura lievemente atassica: pupille midriatriche, che reagiscono torpidamente alla luce ed all' accomodazione: lieve ptosi palpebrale. Tremore a scosse disuguali alle dita delle mani ed alla lingua: disartria iniziale; riflessi patellari disuguali: molto più vivace quello di sinistra. Non vi è sintoma di Kernig: fenomeno di Babinski a sinistra. Esistono d'ambo i lati il riflesso cremasterico e l'addominale.

15 Ottobre 910. Ha febbre elevata: 39° respiro affannoso. All' esame obbiettivo del torace, alla regione posteriore destra, in sotto dell'angolo della scapola, si notano rantoli crepitanti, con risonanza ottusa alla percussione.

Muore il 14 ottobre con sintomi di collasso.

Autopsia eseguita sei ore dopo la morte. Cadavere di uomo quarantenne di costituzione scheletrica buona, in istato di discreta nutrizione. Assenza di decubiti.

Cranio molto spesso: diploe abbondante e riccamente vascolarizzata. Dura madre ispessita e congesta: seni venosi turgidi di sangue. Opacamento iniziale della leptomeninge alla convessità, in corrispondenza della scissura interemisferica e dei due lobi frontali: discreta congestione nelle regioni centrali e posteriori. Aspetto atrofico delle circonvoluzioni a livello dei

due lobi frontali: dilatazione dei due ventricoli con aumento del liquido cefalo rachidiano. Vasi del poligono del Willis fortemente sclerosati.

Cuore grosso: ipertrofia notevole del ventricolo sinistro: raggrinzamento della mitrale: aorta dilatata con intima ispessita rugosa.

Epatizzazione rossa del lobo inferiore del pulmone destro. Fegato grosso iperemico: reni congesti con capsula distaccabile. Milza ingrandita con polpa molto spappolabile.

Niente di notevole nello stomaco e nell' intestino.

Osservazione III

Dad. Vito Antonio da Gravina di Puglia, contadino, coniugato, di anni 41 viene ammesso in Manicomio il 18 Aprile 1910. È discreto bevitore. È dubbio se siasi contagiato di sifilide. La malattia data da quattro anni circa. Ha intercorrenti attacchi convulsivi epilettiformi, che si ripetono sino a 10 volte nelle 24 ore, cui seguono intensi stati di agitazione. Al momento della ricezione è agitatissimo, clamoroso, incoerente, disorientato, impulsivo. Non si regge nella stazione eretta, perchè l'arto inferiore destro è raccorciato di circa cinque centimetri e presenta i postumi cicatriziali di un intervento chirurgico per periostite del calcagno.

19 Aprile 1910. È in uno stato quasi stuporoso, che è seguito ad una intensa fase di agitazione: ha gli occhi socchiusi, occorrono stimoli molto vivaci per richiamarne l'attenzione: si ottiene così a stento che risponda a qualche domanda molto elementare, dica il proprio nome, cognome, paese di nascita: di tanto in tanto esclama: '' mia moglie sta di sopra ,, .

All'esame somatico si rileva: iniziale disartria: riflesso patellare esagerato bilateralmente: il riflesso del tendine di Achille non si provoca a dritta per lesione chirurgica. Il riflesso plantare abolito parimenti a dritta; esagerato ma in flessione a sinistra. Riflesso cremasterico debole da ambo i lati, quello addominale è vivacissimo.

Le pupille reagiscono bene alla luce: sono però disuguali. Lieve tremore alle dita delle mani: assenza di tremore alla lingua.

21 Aprile: È meno confuso: non si orienta però affatto nel nuovo ambiente: nè è capace di tessere sia pure a grandi tratti la storia degli avvenimenti occorsigli.

24 Aprile. È ricaduto nuovamente nello stato stuporoso. È sitofobo: lo si deve alimentare colla sonda.

27 Aprile. Mangia spontaneamente, non presenta per altro nessun miglioramento nelle condizioni intellettive: si abbandona ad una cantilena molesta tutta l' intera giornata. La solita fisionomia fatua: sorride stupidamente: non si rende nessun conto del suo stato.

L'esame somatico lascia notare: più marcata la disartria: più evidente

la disuguaglianza pupillare e più torpida la reazione alla luce ed all'accomodazione. Persiste la forte esagerazione bilaterale del riflesso patellare. Incomincia a comparire tremore alla lingua.

5 Maggio. Ammala di congiuntivite.

20 Giugno. Guarito della congiuntivite: stato demenziale profondo: decadimento progressivo somatico fino alla comparsa di decubito.

Muore di marasma li 11 Marzo 1911, dopo circa un anno di degenza in Manicomio.

Autopsia. — Cadavere di adulto dell'apparente età di anni 50. Sviluppo scheletrico regolare. Nutrizione generale molto scaduta: scomparsa completa del tessuto cellulo-adiposo: masse muscolari ipotrofiche. Vasta piaga di decubito nelle regioni sacrale e glutea. Si palpano gangli epitrocleari piccoli schiacciati, spostabili e gangli simili nelle regioni inguinali.

Scatola cranica con tavolati normali: scarsa diploe. Dura madre di aspetto normale: pia madre uniformemente opacata e lievemente ispessita su tutta la superficie convessa degli emisferi cerebrali e sul cervelletto.

Notevole aumento di liquido negli spazii sotto aracnoidei. La sostanza corticale appare notevolmente pallida e diminuita di spessore: la sostanza bianca è anch'essa anemica. Le circonvoluzioni appaiono nel loro insieme atrofiche. I vasi del poligono di Willis appaiono sottili, lisci, levigati non beanti.

La dura madre spinale è fortemente distesa da enorme accumulo di liquido cefalo-rachidiano. Al taglio della dura appare la pia intorbidata, con le stesse note della pia meninge corticale. Le sezioni midollari lasciano vedere sostanza grigia e bianca notevolmente pallida e molliccia.

Nei pulmoni nulla di anormale, tranne una zona limitata del lobo inferiore sinistro aderente alla pleura parietale. Normale la quantità di liquido pericardico: cuore di grandezza normale: miocardio flaccido e sfiancato: ventricolo sinistro discretamente dilatato: valvola mitrale con piccoli noduli di calcificazione; valvole semi lunari lisce e sufficienti. Aorta notevolmente dilatata con note di endoaortite. Fegato normale: milza molto ingrandita (tre volte il volume normale) con capsula ispessita e chiazze tendinee sulla faccia esterna. Stomaco molto dilatato: intestino normale. Reni aumentati molto di volume, il sinistro più del destro: superficie liscia capsula distaccabile: zone rosso brunastre di aspetto normale si alternano con altre grigio giallastre. Rapporto normale tra sostanza corticale e midollare.

Osservazione IV

P. Benedetto di anni 54 contadino da Pozzilli (Campobasso) ammogliato con figli. Anamnesi famigliare negativa. La moglie ha avuto degli

aborti. Pare non possa escludersi l' infezione sifilitica. Gli agenti che l'accompagnano assicurano che è un bevitore smodato.

Viene ammesso nel Dicembre 909 ma è ammalato dal mese di Settembre. Non era più in grado di attendere ai suoi lavori campestri; bastonava i figli senza ragione: usciva di notte vagando per la campagna.

31 Dicembre 909. È d'ordinario tranquillo: ha però esplosioni improvvise di viva agitazione, durante le quali dev' essere vigilato con cura. Gli si legge sul viso la stupidità e la fatuità: non sa dove si trovi e sorride stupidamente, ad ogni domanda. Racconta, con linguaggio povero e stereotipico, che tempo addietro cadde battendo con l'occipite contro il selciato della via: non riportò che lesioni molto lievi ma d'allora in poi non stette più bene. Le persone di famiglia non confermano quanto l' infermo asserisce e danno molto più peso alle sue abitudini alcooliche.

Lascia scorgere tutte le note di una grave decadenza mentale: si smarrisce ad ogni domanda: non ricorda cose elementari.

Somaticamente presenta: disartria avanzata: tremori a scosse disuguali alla lingua ed alle dita: disuguaglianza del riflesso patellare: quello di sinistra è molto più vivace: riflesso plantare in flessione: cremasterico ed addominale normali. Pupille eguali e reagenti bene alla luce ed all' accomodazione. Poliadenopatia biinguinale: assenza di ganglio epitrocleare.

Decadimento psico - somatico progressivo: fasi intercorrenti di agitazione: decubiti sacrali.

Muore di marasma, dopo circa un anno di degenza in Manicomio, li 23 Novembre 1910.

Autopsia. — Cadavere di uomo cinquantenne. Profonda denutrizione: vasti decubiti sacrali. Rigidità cadaverica scomparsa. Tavolati cranici spessi: diploe abbondante. Dura madre ispessita: pia madre ispessita ed intorbidata su tutta la convessività degli emisferi: circonvoluzioni pallide atrofiche: ventricoli dilatati: aumento di liquido cefalo rachidiano: dura madre spinale ispessita, distesa da abbondante liquido cefalo-rachidiano: midolla atrofica, pallida. Cuore grosso ma con pareti flaccide: ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro. Mitrale ispessita e raggrinzata. Aorta dilatata con intima scabrosa. Semilunari lisce e sufficienti. Pulmoni soffici con semplice edema delle basi. Reni atrofici, sclerotici: capsula aderente. Fegato piccolo con iniziale degenerazione grassa: milza piccola con capsula rugosa: stomaco un poco dilatato.

Piccoli pezzi della 1ª, 2ª e 3ª circonvoluzione frontale di sinistra, immediatamente avanti dei rispettivi piedi, e pezzi del giro angolare e della parte media della 1ª, 2ª e 3ª temporale di sinistra, in tutte quattro le osservazioni precedenti, sono stati trattati col metodo Do-

NAGGIO (fissazione in piridina e nitrato di piridina) coi metodi CAJAL (fissazione in alcool, in alcool ammoniacale, ed in nitrato di argento), col metodo NISSL e col metodo UNNA PAPPENEIHM. Abbiamo insistito nelle nostre ricerche sopratutto sul materiale prelevato dal lobo frontale sinistro, perchè nelle prime due osservazioni, non ostante la malattia non avesse avuto il decorso tipico della paralisi progressiva, l'autopsia ci aveva rilevato di già in quella provincia corticale lesioni macroscopicamente apprezzabili, il che concorda con le ricerche di non pochi osservatori, i quali ritengono che nella paralisi progressiva, una delle provincie cerebrali primitivamente lesa è quella dei lobi frontali.

Abbiamo anche applicato i sopracennati metodi ai vari segmenti della midolla spinale.

I risultati ottenuti nelle osservazioni I e II sono molto simili e si allontanano sensibilmente da quelli delle osserv: III e IV.

Nelle due prime osservazioni difatti, non ostante la indagine istologica fosse caduta su quella zona corticale, che macroscopicamente presentava segni di malattia, tutti i metodi rilevarono una relativa mitezza di lesioni.

Il metodo NISSL non rivela una alterazione sensibile nella citoarchitettura corticale: i vari strati non si mostrano molto poveri di elementi cellulari: negli strati più profondi notansi numerosi nuclei di nevroglia, che diventano abbondantissimi proprio al limite tra sostanza corticale e midollare.

Numerose cellule presentano i segni della *malattia cronica* e negli spazii pericellulari di quelle più lese notansi abbondanti elementi di glia che cercano di guadagnare il corpo della cellula nervosa.

Più profondamente lese appaiono le piccole e medie piramidali e le cellule polimorfe; molte piramidali grandi, e specie le profonde, si mostrano invase da abbondante pigmento.

Il metodo PAPPENEIHM rivela modico infiltramento della pia: i vasi sub-piali di medio calibro si mostrano infiltrati da uno scarso numero di plasmacellule, a preferenza piccole e rotondeggianti. Scarsa è anche la infiltrazione perivasale nello spessore della sostanza grigia; alquanto più abbondante è quella attorno ai grossi vasi della sostanza bianca. Colle plasmacellule si trovano anche elementi proliferati dell'avventizia e dell'intima.

Nella sostanza bianca si trova qua e là qualche plasmacellula li-

bera. Non si riscontrano forme degenerative di plasmatociti.

Nessuno dei metodi di CAJAL usati ci ha dato risultati soddisfacenti per il sistema delle neurofibrille endocellulari: non abbiamo avuto che una impregnazione parziale del solo sistema delle fibrille lunghe. Il metodo però della fissazione in alcool ammoniacale e passaggio consecutivo in nitrato di argento ci ha dato imagini abbastanza nitide e complete delle fibrille estra - cellulari, a giudicare dalle quali si può ritenere che in tutto lo spessore della corteccia non vi è sensibile rarefazione delle fibrille nervose: nei tagli dello spessore di soli cinque micromillimetri, nei punti di completa impregnazione, si notano plessi intricatissimi di fibre esilissime, che avvolgono intimamente le cellule dei vari strati e che sono perpendicolarmente attraversati qua e là da fasci di robusti cilindrassi, che si dirigono verso la sostanza bianca. Anche in questa si notano intrecci delicatissimi di fibrille nervose, le quali si addensano, invece di diventare più rare, nelle immediate vicinanze dei vasi di grosso e medio calibro, addossandosi intimamente agli elementi di infiltrazione perivasale.

Il metodo DONAGGIO ci ha dato risultati di gran lunga superiori. Al metodo classico abbiamo in qualche caso eccezionale apportato una lieve modificazione. Nei casi nei quali la differenziazione delle sezioni non era completa, e di conseguenza non si avevano imagini nitide neurofibrillari, ci siamo in primo luogo serviti di soluzioni coloranti molto deboli (1 : 20000) in secondo luogo, prima di passare le sezioni dall' alcool a 90° in acqua distillata, abbiamo trovato utile il passaggio in un miscuglio a parti eguali di piridina ed alcool a 90°. In questo miscuglio le sezioni debbono, asseconda dei casi, restare da uno a due minuti, ed indi *debbono nuovamente esser riportate in alcool a 90°*, altrimenti la sezione perde ogni colorabilità. Bisogna poi avere cura che il secondo alcool a 90° sia abbondante e sia rinnovato di tanto in tanto (ogni cinque, sei tagli) perchè altrimenti finisce per caricarsi anch' esso di piridina, e le sezioni vanno gradatamente assumendo una tonalità di colorazione troppo debole, ugualmente dannosa, come la ipercolorazione, per una buona differenziazione. Le sezioni differenziate coll' alcool piridinico si scolorano piuttosto rapidamente. E' utile quindi includerle, secondo le recenti indicazioni di DONAGGIO, nella miscela dammar-xilolo-etere di petrolio.

Dalla vasta applicazione dei metodi DONAGGIO allo studio della corteccia cerebrale e della midolla spinale in numerose forme di ma-

lattie mentali, conformemente al modo di vedere di altri osservatori (SCHAFFER) noi siamo portati a distinguere in due gruppi le lesioni neurofibrillari: *a*) lesioni secondarie; *b*) lesioni primarie.

Sotto il nome *di lesioni secondarie* neurofibrillari sono da comprendersi tutte quelle modificazioni nella struttura e disposizione del duplice sistema delle fibrille corte e lunghe, nel corpo cellulare e nei prolungamenti, le quali si accompagnano ai più gravi processi di degenerazione cellulare, e possono di questi ritenersi una conseguenza immediata, non essendovi una lesione primitiva dell'apparato neurofibrillare, tale da modificare profondamente gli attributi morfologici delle neurofibrille.

Nelle *lesioni primarie neurofibrillari* sono da comprendersi tutte quelle gravi alterazioni del sistema neurofibrillare, le quali sono caratterizzate non solo da un profondo cangiamento nella disposizione delle neurofibrille, quand'anche da modificazioni profonde nella loro struttura intima, mentre nel protoplasma della cellula non si rilevano lesioni molto gravi, per cui quelle dell'apparato neurofibrillare possono ritenersi quasi elettive e primarie del sistema di conduzione intracellulare.

Se vi è divergenza nella paralisi progressiva sulla entità delle lesioni neurofibrillari, noi riteniamo debba attribuirsi in gran parte al fatto di non avere tutti gli osservatori precedenti tenuto di mira la distinzione innanzi fatta, e dall'avere a preferenza usato metodi argentei (CAJAL, BIELSCHOWSKY) i quali sono poco adatti a rilevare contemporaneamente le alterazioni degli altri costituenti della cellula nervosa. Le ricerche dello SCIUTI, che impiegò largamente il metodo DONAGGIO, che sotto questo punto di vista dà i risultati più attendibili, segnano un notevole progresso nella conoscenza della istologia patologica delle neurofibrille nella paralisi progressiva.

Il metodo di DONAGGIO, con lievi modifiche nella colorazione dei tagli, permette di rilevare le più importanti lesioni del corpo cellulare, del nucleo e del nucleolo. Basta variare di pochi secondi il tempo di lavaggio delle sezioni in acqua distillata prima della colorazione, per raggiungere tutti i possibili gradi di differenzazione, che permettono ad un tempo una analisi precisa dell'apparato fibrillare e delle alterazioni più svariate, che possono aver colpito nell'insieme l'elemento cellulare.

Ora nelle Osservazioni I e II abbiamo potuto notare quanto segue.

Nella midolla spinale (rigonfiamento cervicale e lombare) non si

notano che lievi lesioni neurofibrillari, appartenenti al gruppo delle lesioni secondarie.

Tutte le cellule del corno anteriore e posteriore, che non presentano nel loro insieme profonde lesioni, non lasciano notare nessuna alterazione nella disposizione e nella struttura delle neurofibrille.

Le fibrille lunghe dei prolungamenti, passando nel corpo cellulare, decorrono come normalmente nella parte periferica e non mostrano nessuna variazione di calibro: le fibrille corte si risolvono in una rete a maglie uguali, le quali si vanno gradatamente restringendo verso la parte centrale della cellula, costituendo il tipico addensamento o cercine perinucleare. Il nucleo, nei preparati bene differenziati, si presenta quasi del tutto scolorato, eccezionalmente debolmente colorato in rosa pallido.

Non pochi elementi però, sia del corno anteriore che di quello posteriore, sono colpiti da *degenerazione pigmentaria, degenerazione jalina, rigonfiamento torbido, degenerazione vacuolare.*

È interessante studiare le modificazioni neurofibrillari in rapporto a questi varii processi patologici:

1) La *degenerazione pigmentaria* è frequentissima ad osservarsi negli elementi della midolla spinale, sia nelle grandi cellule motrici che nelle cellule del corno posteriore e può invadere una parte limitata della cellula, oppure metà, i due terzi del corpo cellulare, e in casi eccezionali, sostituire l'intero protoplasma della cellula nervosa. Ora è degno di rilievo il fatto che nella midolla spinale l'accumulo di pigmento nel corpo cellulare non induce modificazioni gravi nelle neurofibrille. Quando la cellula è parzialmente invasa da pigmento, la rete neurofibrillare può dividersi in due zone: una più densa, più fitta, costituita di maglie di fili alquanto più grossi, ed una meno densa a maglie più regolari, costituite da fili più sottili, corrispondente alla zona pigmentata.

Questo dato della maggiore esilità dei fili nelle zone invase da pigmento, già rilevato da Donaggio ed ora largamente confermato dai nostri reperti, è in pieno contrasto con quanto afferma Marinesco, il quale ritiene che il reticolo nelle zone pigmentate si modifichi assumendo un aspetto più grossolano, risulti cioè di fili più grossi.

In numerosissimi preparati, nelle grosse cellule radicolari, col metodo Donaggio si constata facilmente la impossibilità di portare la cellula ad un'eguale tonalità di colorazione e di differenziazione, giacchè

nella parte pigmentata le fibrille sono di già differenziate nettamente, per la maggior semplicità della rete e per la maggiore esilità dei fili, mentre nella restante parte del corpo cellulare la rete appare più addensata, più grossolana, e fatta di fili più intensamente colorati. E d'ordinario, se si protrae troppo a lungo l'immersione nella sostanza colorante, accade che le neurofibrille della zona pigmentata sono le prime a scolorarsi.

Se poi la cellula è tutta invasa da pigmento, il sistema neurofibrillare appare evidentemente più povero di fronte a quello delle cellule sane: le fibrille sono più scarse, più esili, più debolmente colorate: formano però sempre una rete, la quale, nelle sue maglie, inquadra i singoli globetti di pigmento. Se si protrae troppo a lungo la immersione nella sostanza colorante, si scolorano le fibrille prima nelle cellule colpite da totale degenerazione pigmentaria. Insistiamo su questi piccoli rilievi per poterci rendere ragione delle varietà di aspetto delle neurofibrille in tale malattia cellulare, varietà che possono unicamente tenere al grado diverso di mordenzatura del pezzo ed al conseguente grado di differenzazione, giacchè nella *midolla spinale* non ci è stato mai dato di notare una *fibrillolisi* concomitante la degenerazione pigmentaria, così come avrebbe in alcuni casi riscontrato lo Sciuti. (1)

2) La degenerazione jalina colpisce solo rarissimi elementi del corno posteriore di piccola e media grandezza: l'abbiamo riscontrata più frequentemente nel rigonfiamento cervicale che in quello lombare. Piccole zolle di protoplasma si colorano uniformemente in rosso viola intenso. A differenza di quanto si verifica nella degenerazione pigmentaria, in quella jalina, nelle zone degenerate non si differenziano mai fibrille: queste si arrestano nelle immediate vicinanze della zona lesa, lasciando rilevare un certo grado di aggrovigliamento nello apparato reticolare, che limita le zone degenerate.

3) In rarissimi casi abbiamo notato in piccoli elementi della sostanza gelatinosa e del corno posteriore uno stato vacuolare: le fibrille si comportano qui come nelle zone colpite da degenerazione jalina; si arrestano ai limiti delle piccole aree vacuolizzate, circoscrivendole e circondandole, addensandosi ed aggrovigliandosi, senza mai però pre-

(1) Lav. citato. Pag. 79.

sentare modificazioni sensibili nella loro struttura intima.

4) *L'atrofia semplice* è stata frequentemente riscontrata negli elementi del rigonfiamento cervicale e molto più raramente nel rigonfiamento lombare. Non raggiunge mai un grado estremo e conseguentemente le lesioni secondarie dell'apparato neurofibrillare sono molto lievi. Esse, a nostro avviso, tengono alla retrazione in massa della cellula, alle lesioni e spostamento del nucleo dalla parte centrale verso la periferia, dalla compressione dell'elemento da parte di nuclei nevroglici, che cercano di invaderne il corpo. In ogni campo microscopico non mancano simili elementi atrofici, sclerotici, il cui apparato neurofibrillare si differenzia con difficoltà, ed anche quando la differenzazione è spinta al massimo grado, le neurofibrille lunghe presentano i segni di una iniziale coalescenza, ed il reticolo appare addensato, irregolare, aggrovigliato. In generale però l'aspetto dell'apparato fibrillare si avvicina tanto più al normale, quanto più accuratamente si differenzia il preparato. Una delle conseguenze dell'aggrovigliamento e della retrazione dell'apparato neurofibrillare è la presenza nel corpo della cellula di numerose fibrille tagliate frontalmente e rigonfiate all'estremo, nel punto dove è caduto il taglio, le quali sezioni frontali di fibrille possono talora dare alla rete un aspetto peculiare, che non si riscontra mai nelle cellule non colpite da atrofia.

Riassumendo, quindi, nelle osservazioni I e II nella midolla spinale le lesioni neurofibrillari sono lievissime, tutte secondarie ai varii processi morbosi, che invadono il corpo cellulare.

Nella degenerazione pigmentaria parziale o totale la rete endocellulare persiste con il carattere peculiare di una maggiore delicatezza e sottigliezza dei fili.

Nelle zone colpite da degenerazione jalina e vacuolare non si trovano più fibrille e nelle parti residuali l'apparato fibrillare presenta aggrovigliamenti, addensamenti della rete.

Nell'atrofia semplice a grado non avanzato, l'apparato endocellulare fibrillare è più difficilmente analizzabile perchè retratto, addensato, e tra le maglie, sono visibili fibrille tagliate frontalmente che dànno al reticolo un aspetto granulare.

La corteccia cerebrale (1.ª, 2.ª e 3.ª circonvoluzione frontale sinistra, in avanti dei piedi) nelle osservazioni I e II, col metodo DONAGGIO presenta le seguenti particolarità.

La citoarchitettura corticale non è profondamente alterata: per quanto i vasi di grosso e medio calibro siano profondamente infiltrati, pur tuttavia non vi sono vaste zone di rarefazione perivasale. Gli strati più superficiali solamente difettano di cellule: quello delle piccole, medie e grandi piramidali appaiono quasi normali. Mano mano che si procede dalle piramidali medie verso gli strati più profondi, notasi una ricchissima produzione di cellule nevrogliche: sono elementi giovani con grosso nucleo colorato in bluastro e scarso protoplasma colorato in rosa. Queste giovani cellule di glia sono abbondantissime proprio nel limite tra sostanza bianca e sostanza grigia. I prolungamenti protoplasmatici delle cellule piramidali non presentano in generale alterazioni gravi: quello apicale è verticalmente diretto in alto: i cilindrassi lasciano notare qua e là qualche rigonfiamento fusoide. Accanto ad elementi del tutto sani si notano elementi lesi e le lesioni sono le seguenti:

1) Degenerazione pigmentaria. Colpisce in generale le piccole e medie piramidali: più raramente le piramidali grandi. L'accumulo di pigmento si nota in generale verso la base della cellula, quasi nel punto di origine del cilindrasse: in parecchi elementi si trova anche nelle parti laterali e talora nel segmento superiore della cellula tra il nucleo ed il prolungamento apicale. Non si riscontrano cellule colpite da degenerazione pigmentaria totale.

L'accumulo di pigmento il più delle volte induce modificazioni nella posizione del nucleo, il quale si sposta in alto, verso il prolungamento apicale se l'accumulo di pigmento è basale, verso il lato opposto se l'accumulo è laterale. Cogli spostamenti nucleari si accompagnano modificazioni nell'aspetto della rete endocellulare. Conformemente a quanto si nota nella midolla spinale, l'accumulo di pigmento determina un addensamento delle neurofibrille nelle zone non pigmentate: spessissimo si trovano elementi in cui tutte le neurofibrille sono ricacciate lateralmente, perchè il pigmento occupa la parte centrale del segmento superiore della cellula.

La differenzazione delle fibrille nelle zone pigmentate offre difficoltà molto maggiori che nella midolla spinale. I fili sono così tenui, che il più delle volte si scolorano e si ha l'impressione che le neurofibrille si arrestino in corrispondenza delle zone pigmentate. Quando queste occupano la parte basale della cellula, ed è il caso più frequente, il reticolo, che nel segmento superiore è abbastanza chiaro,

verso la parte basale diventa meno netto con aspetto granuloso, e riesce difficile individualizzare tra le zolle pigmentarie i gracili e pallidi filamenti delle neurofibrille. È così che parecchi autori parlano di gravi lesioni neurofibrillari, fino alla degenerazione granulare nella parte basale delle cellule. Per convincersi che si tratta il più delle volte di deficienze tecniche, basta analizzare l'aspetto delle neurofibrille nei prolungamenti e nelle restanti parti della cellula non invase da pigmento; si vede che esse non presentano nessuna alterazione: laddove, come vedremo appresso, tutte le volte che vi è grave lesione primaria dell'apparato neurofibrillare, tutto il sistema, fibrille lunghe e corte, presenta modificazioni morfologiche rilevanti.

Dati i reperti da noi ottenuti nelle cellule spinali, per analogia, nella corteccia bisogna ritenere che le neurofibrille nelle zone con pigmento diventino più difficilmente colorabili e più difficilmente differenziabili in mezzo ai granuli di pigmento.

2) *Atrofia semplice.*

Un grande numero di cellule, specie di piccole, medie piramidali e polimorfe, sono profondamente atrofiche: i prolungamenti sono esili, hanno decorso tortuoso; spesso il contorno cellulare è eroso: il nucleo è alterato e spostato. Il più delle volte assume una forma sclerotica a biscotto ed è spostato verso uno dei margini laterali della cellula: si colora intensamente colla tionina e, per quanto si insista nella differenziazione, non si scolora mai più completamente. Attorno a questi elementi atrofici, specie negli strati più profondi, si nota una ricca invasione di cellule di nevroglia, che talora circondano così strettamente la cellula, che riesce difficile in molti casi tracciare il limite tra elemento nervoso e nevroglico. E' in tutte queste cellule atrofiche e sclerotiche che l'analisi dell'apparato neurofibrillare presenta le più gravi difficoltà. In generale le neurofibrille si presentano o *discontinue* o *coalescenti, affastellate.* Nel primo caso nel prolungamento apicale hanno un decorso tortuoso, ondulato, e si interrompono di tanto in tanto. Nel corpo cellulare notasi una discontinuità nelle maglie della rete, per cui nei casi estremi il reticolo è ridotto ad un semplice incrociarsi di fili, tanto meno ricco quanto più piccolo e sclerotico è l'elemento cellulare.

Quando invece vi è coalescenza fibrillare, già durante il processo di differenzazione, gli elementi, che ne sono colpiti, spiccano sugli altri per una colorazione più intensa, e si differenziano più diffi-

cilmente. Con oggettivi ad immersione, si nota che le neurofibrille nei prolungamenti non decorrono più come fili bluastri isolati, ma appaiono affastellati, fusi, e di tanto in tanto sono visibili i tagli frontali dei vari fasci come ciuffi che occupano la parte marginale del prolungamento, o la parte mediana. Nel corpo cellulare al posto della delicata rete notasi tutto un insieme di simili ciuffi, di varia grandezza, asseconda del numero maggiore o minore delle fibrille che costituiscono i singoli fasci.

Nelle Osservazioni III e IV abbiamo notato le lesioni neurofibrillari più degne di rilievo per la loro maggiore gravezza.

Nella midolla spinale (rigonfiamento cervicale e lombare) oltre le lesioni neurofibrillari secondarie, già riscontrate nelle due prime osservazioni e che qui sono molto più frequenti, incominciano ad apparire *lesioni primarie* dell'apparato neurofibrillare.

In qualche grossa cellula radicolare (vedi fig. 4ª della tavola) pur non notandosi lesioni gravi dell'elemento, il sistema delle fibrille lunghe e, più gravemente, quello delle fibrille corte sono profondamente alterati.

Tutto l'elemento non presenta che i caratteri di un modico rigonfiamento, il quale per altro è bene apprezzabile dai caratteri del nucleo che appare vescicoloso rigonfio, ma pallidamente colorato e non eccentrico: mentre l'apparato reticolare presenta alterazioni molto sensibili. Invece del delicato e fino reticolo, ci si trova di fronte ad un apparato fibrillare che ha perduto tutti i caratteri normali. Le fibrille sono innanzi tutto disordinate, sconvolte, e le maglie della rete sono sostituite da un aggrovigliamento irregolarissimo. Verso le parti marginali della cellula, dove in condizioni normali sogliońsi vedere esili fibrille lunghe, notansi delle formazioni che non meritano più tale nome in quanto che non sono più esili e di calibro uniforme, sono invece irregolari virgoliformi. Anche nei prolungamenti lo aspetto fondamentale delle neurofibrille è alterato: si vedono qua e là rigonfiamenti fusoidi o a virgola.

Modena (1) nel suo pregevole lavoro clinico-anatomico sulla polineurite e poliomielite, nella midolla spinale descrive dei reperti in-

(1) Modena e Cavara - Polyneuritis und Poliomyelitis - Monatsschrift für Psichiatrie und Neurologie. Band XXIX 1911.

teressantissimi di conglutinazione fibrillare, che hanno riscontro nei nostri attuali. In una delle cellule raffigurate la conglutinazione è tuttora incipiente, ed è proprio quella, che più si avvicina al nostro reperto: l'aspetto fusoide delle fibrille nei prolungamenti è molto appariscente e nel corpo cellulare, invece della rete delicata, si trovano rigonfiamenti fibrillari a virgola a clava, alquanto più pronunziati però di quelli che si rinvengono nel nostro reperto. Lesioni analoghe ed ancora più gravi descrive DONAGGIO (1) nella midolla spinale di animali sottoposti all'azione combinata del freddo e del digiuno. Dalle nostre ricerche adunque e da quelle dei citati autori si può quindi ritenere che la lesione delle neurofibrille più grave ed importante, che precede la loro scomparsa, non è costituita dalla pretesa disintegrazione granulare e susseguente degenerazione granulare, ma dalla *conglutinazione*, la quale si inizia nel corpo cellulare e nei prolungamenti con una modificazione nella struttura fondamentale delle neurofibrille, le quali assumono un aspetto fusoide, che diventa sempre più pronunziato e che, coll' usura dei tratti intermedî più esili, può dar luogo alla comparsa di grossi rigonfiamenti liberi, a virgola, a clava. Le neurofibrille, adunque, nel loro processo di fibrillolisi subirebbero le stesse fasi dei cilindrassi, in via di degenerazione: questi difatti acquistano in un primo tempo un aspetto fusoide o moniliforme; poscia per l'usura dei tratti più sottili, si hanno i reperti di maze, che sono oramai diventati tanto più frequenti, quanto più si è estesa l'applicazione dei metodi neurofibrillari allo studio del sistema nervoso centrale e periferico.

I reperti di conglutinazione neurofibrillare sono relativamente molto rari. Molto più frequenti sono quelli di semplice sconvolgimento delle neurofibrille, che a noi pare rappresenti il modo d' inizio del processo più grave della *conglutinazione*, pel fatto che tra le fibrille sconvolte, disordinate, disposte a vortice, abbiamo potuto sorprenderne parecchie, con iniziale modificazione di calibro, con aspetto lanceolato, che precede quello fusoide.

All' infuori di scarsi elementi con sconvolgimento o conglutinazione neurofibrillare, la grande maggioranza delle cellule radicolari, e del

(1) DONAGGIO. Effetti dell'azione combinata del digiuno e del freddo sui centri nervosi di mammiferi adulti. Rivista Sperimentale di Freniatria. Vol. 32, 1906.

corno posteriore presentano apparato neurofibrillare integro o con sole lesioni neurofibrillari secondarie.

La corteccia cerebrale (2ª e 3ª frontale, innanzi dei rispettivi piedi, giro marginale e giro angolare) nei casi III e IV, nel suo insieme, ha aspetto sensibilmente differente da quello dei casi I e II. L'architettura corticale è molto più alterata: colla grave sclerosi vasale e colla imponente infiltrazione plasmacellulare, notasi una irregolare disposizione ad aree non ugualmente ricche di elementi cellulari, che col metodo Donaggio è bene evidente.

Attorno ai vasi di grosso calibro notansi zone sprovviste di cellule nervose, ricche invece di elementi nevroglici. Le cellule nervose residuali presentano alterazioni più importanti che nelle osser. I e II. Il numero delle cellule colpite da atrofia è molto più grande, ed attorno alle cellule atrofiche notansi accumuli di cellule di glia, che comprimono l'elemento nervoso, fondendo i rispettivi protoplasmi. Spesso si arriva a distinguere tra il protoplasma della cellula nevroglica e quello della cellula nervosa una zona intermedia incolore. I reperti di addensamento, affastellamento delle neurofibrille sono qui molto più frequenti, per quanto non presentano particolarità speciali, per cui ci riportiamo alla descrizione già precedentemente fatta.

La degenerazione pigmentaria è molto più frequente. Invade buona parte delle piccole, e grandi piramidali. Spesso si accompagna a spostamenti nucleari, e l'apparato neurofibrillare nelle zone pigmentate o manca o appare ridotto a scarsi e più tenui fili.

Accanto alle lesioni secondarie neurofibrillari, notansi lesioni primarie. Queste però non sono affatto più estese e più gravi di quelle riscontrate nella midolla spinale.

I tipi fondamentali di tali lesioni possono ridursi a due: *sconvolgimento* ed *iniziale conglutinazione delle fibrille*. La prima è molto più frequente della seconda lesione. Gli elementi, che ne sono colpiti sono facilmente riconoscibili anche a piccolo ingrandimento: le neurofibrille hanno un decorso disordinato nei prolungamenti e nel corpo cellulare; una disposizione irregolare a ventaglio, a vortice, lesione riscontrata oltre che da Modena nella poliomielite, anche da Perusini (1) nelle demenze senili.

(1) Perusini — Sul valore nosografico di alcuni reperti istopatologici caratteristici per la senilità. Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia vol. IV. Maggio 911 Fasc. V.

La iniziale conglutinazione delle fibrille spesso segue allo sconvolgimento ed allora l'apparato neurofibrillare perde in ricchezza come numero di elementi fibrillari ed incomincia ad assumere nel tempo stesso un aspetto più grossolano. Le neurofibrille incominciano ad ingrossarsi, a presentare variazioni di calibro, a diventare dapprima lanceolate, poscia fusoidi, fino a che al delicato apparato reticolare non si sostituisce un grossolano aggrovigliamento che qui non ricorda più la originaria struttura normale.

Lesioni analoghe a queste ora ora descritte ha messo in rilievo anche V. Bianchi (1) nelle sue ampie ricerche sulle alterazioni istopatologiche della corteccia cerebrale in seguito a focolai distruttivi ed a lesioni sperimentali.

Anche egli rileva che " le neurofibrille delle grandi cellule, dopo essersi agglutinate si dispongono nel corpo della cellula come una spirale a largo giro „ ed a più riprese insiste sui reperti di spezzettamento, conglutinazione, ingrossamento delle fibrille, sulle loro modificazioni di calibro etc.

I reperti dunque di numerosi autori ci inducono a ritenere che le lesioni da noi descritte nella Paralisi Progressiva non hanno nessun carattere di specificità, possono riscontrarsi in svariate malattie dell'asse cerebro - spinale ed anche in stati patologici sperimentalmente provocati.

Un corollario importante pare scaturisca dall' insieme delle attuali nostre ricerche.

L'antico concetto, messo in luce da Donaggio e da numerosi altri osservatori, della notevole resistenza dell' apparato neurofibrillare ai più svariati agenti patogeni, fisici, chimici, tosso - infettivi riceve ancora una conferma dai nostri reperti attuali.

In una delle malattie più gravi dell'asse cerebro spinale, quale è la paralisi progressiva, le lesioni dell'apparato neurofibrillari sono relativamente lievi, molto meno gravi di quelle descritte dagli autori precedenti.

I risultati delle ricerche dello Sciuti, che abbiamo innanzi rias-

(1) V. Bianchi — Alterazioni istologiche della corteccia cerebrale, in seguito a focolai distruttivi ed a lesioni sperimentali. Sunto della relazione presentata al III Congrsso della Società Italiana di Neurologia Ottobre 911 — Annali di Nevrologia Fasc. IV 1911.

suuti furono dai partigiani dei metodi argentici neurofibrillari accolti con diffidenza, appunto perchè i reperti ottenuti col metodo Donaggio mostravano lesioni molto meno avanzate. Ora le nostre ricerche attuali ci rivelano alterazioni ancora più lievi di quelle da Sciuti descritte, e ci è parso opportuno, allo stato attuale delle nostre conoscenze, richiamare l'attenzione pel momento su questo dato istopatologico, che è in armonia con i risultati di altre numerose e rigorose ricerche istopatologiche, nella speranza che le indagini future sulle vie di conduzione intra ed estra cellulari ci illuminino sulle condizioni essenziali per la funzionalità di questi sistemi di via straordinariamente complessi e delicati nei quali, variazioni strutturali anche lievi e limitate possono indurre imponenti disordini funzionali.

Frattanto concludiamo:

1) Conformemente ai risultati di Dagonet, nella paralisi progressiva l'apparato neurofibrillare non presenta che lesioni poco rilevanti e per nulla proporzionate alla gravezza dei sintomi psico-somatici.

I reperti di gravi alterazioni primarie delle neurofibrille sino alla disintegrazione e successiva degenerazione granulare descritti da Brodmann, Schaffer, Bielschowky e recentissimamente da Laignel Lavastine e Pitulescu non trovano conferma nelle attuali nostre ricerche.

Molti dei reperti descritti dallo Sciuti, sia in ordine alle alterazioni primarie che secondarie delle fibrille, concordano coi nostri e non vi si notano che semplici differenze di grado delle lesioni.

2) La conglutinazione delle neurofibrille, analoga a quella riscontrata da Donaggio negli animali sottoposti all'azione combinata del freddo e del digiuno, e da Modena e recentissimamente da V. Bianchi, costituisce un reperto relativamente raro sia negli elementi midollari che in quelli corticali e per nulla specifico della Paralisi Progressiva.

3) Le alterazioni secondarie neurofibrillari indotte da gravi processi patologici cellulari (degenerazione pigmentaria, jalina, vacuolare, stato edematoso etc.) conformemente alle ricerche di Modena, Modena e Fuà, Veniteo, Scarpini eseguite in altri processi patologici, non sono molto rilevanti nè per nulla specifiche.

4) Il parallelismo voluto da Parhon tra lesioni della sostanza

cromatica e lesioni dell'apparato neurofibrillare, non trova conferma nelle nostre ricerche, giacchè le lesioni della sostanza cromatica sono molto più precoci e più gravi di quelle dell'apparato fibrillare.

5) Del duplice sistema di neurofibrille, le corte costituenti la rete endocellulare e le lunghe decorrenti libere nel corpo cellulare, le prime presentano quasi sempre lesioni precoci rispetto alle seconde, probabilmente perchè per la loro ubicazione, e per gli intimi rapporti con le formazioni endocellulari, sono le prime a risentire l'effetto delle gravi alterazioni da cui queste sono colpite.

Spiegazione della tavola.

Fig. 1. Cellula radicolare della midolla lombare, Osserv. III.
Zeiss. Oc. 4. compens. Oggettivo 1,50 immersione Apert. 1,30 tubo allun. 16.

Parziale degenerazione pigmentaria: persistenza delle fibrille nelle zone invase da pigmento: le maglie della rete sono più larghe ed inquadrano i blocchetti di pigmento. Persistenza del cercine perinucleare.

Fig. 2.ª Cellula del corno anteriore della midolla lombare. Oss: IV. Ingrandimento come nella figura precedente. Degenerazione pigmentaria: lieve spostamento del nucleo: rarefazione della rete neurofibrillare in corrispondenza della zona invasa da pigmento. Addensamento perinucleare.

Fig. 3.ª Cellula piramidale grande della 2.ª circonv: frontale.
Oss. IV. Ingrandimento come nelle figure precedenti: apparato neurofibrillare normale.

Fig. 4.ª Cellula radicolare del corno anteriore della midolla lombare: Oss. IV.
Ingrandimento come nelle figure prcedenti.

Rigonfiamento della cellula: nucleo vescicoloso ma non eccentrico. Iniziale conglutinazione delle fibrille; aspetto virgoliforme delle medesime: nella zona invasa da pigmento gracilità dei fili neurofibrillari,

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

SOPRA UN NUOVO RIFLESSO DELLA COSCIA

OSSERVATO

negli alienati colerosi

PEL

Dott. M. Levi Bianchini

Esaminando il sistema nervoso degli alienati colpiti da colèra nell'epidemia del 1911, ho osservato un riflesso della coscia che, per quanto mi risulta, non è stato finora descritto.

Meccanismo di produzione. Il riflesso si ottiene nel seguente modo. Posto il paziente supino nel letto, si scoprono gli arti inferiori fino all' addome. In tale giacitura i muscoli del polpaccio e antero-laterali della gamba, sporgono lateralmente al disotto della tibia. Stringendo orizzontalmente con la mano disposta a pinza (pollice da un lato - indice e medio dall'altro) i ventri sporgenti dei detti muscoli a livello del terzo medio della gamba stessa (fase di eccitazione) si ottiene una contrazione immediata ed energica del quadricipite estensore della coscia corrispondente (fase di reazione). Tale contrazione tonica può durare 2 - 3 secondi: generalmente cessa non appena viene sospesa la fase di eccitazione. Questa dura il tempo necessario per eseguire il movimento di prensione o pizzicamento dei ventri muscolari, cioè 1 - 2 secondi. Il riflesso è molto evidente, alle volte violento, nella maggior parte dei casi: ma può essere più tenue, lento od abbozzato. Una denominazione appropriata sarebbe: riflesso tetanico del quadricipite.

Frequenza. Furono esaminati 51 alienati colerosi di cui 37 uomini e 14 donne. Il riflesso fu trovato positivo in 25 uomini, cioè nel 67 0[0 e in 9 donne, cioè nel 64 0[0. In totale su 51 alienati diede reperto positivo in 34, cioè nel 66 0[0: percentuale che autorizza a ritenere il riflesso come un vero sintomo morboso e non come una particolarità accidentale.

A maggiore dimostrazione furono eseguite le seguenti prove di controllo.

Sopra una lavandaia del manicomio, non alienata, colpita da colèra e morta in 17 ore, il riflesso fu positivo e tipico: sfortunatamente, trovandomi isolato in manicomio con i miei pazienti; non ebbi occasione di studiare il riflesso in un numero maggiore di colerosi non alienati.

Sopra 10 infermieri sani e robusti, di cui 5 isolati nel lazzaretto, non trovai il riflesso: eguale reperto negativo ebbi su 30 alienati non colerosi, di cui 20 alzati, in buone condizioni fisiche e 10 allettati e marasmatici.

Su 7 alienati isolati in lazzaretto come sospetti, ma risultati negativi sia all'esame batteriologico delle feci che per il decorso clinico ulteriore, il riflesso fu negativo in 6: solo uno presentò una parvenza di contrazione del quadricipite. Così egualmente cinque portatori di bacilli, pure isolati, diedero reperto negativo rispetto al riflesso.

Non potei ricercare infine, per mancanza di casi adatti, se il riflesso esiste in malattie infettive specie a sintomatologia nervosa (tetano, rabbia, meningite cerebro-spinale, poliomielite acuta, tifo): ciò che spero possa venir fatto utilmente da altri.

Anatomia. I muscoli interessati nel periodo di stimolazione sono: il gastrocnemio, innervato dal nervo popliteo interno; il soleo innervato da questo e dal n. tibiale posteriore: i muscoli tibiale anteriore ed estensore lungo delle dita innervati dal n. tibiale anteriore: i muscoli lungo e breve peroneo innervati dalla branca muscolo-cutanea del nervo popliteo esterno.

Il muscolo che dà la fase di reazione è il quadricipite estensore della coscia, costituito dal vasto esterno, retto esterno, vasto interno crurale ed innervato dal nervo crurale.

I nervi dei muscoli sopracitati della gamba costituiscono le bran-

che di suddivisione dello sciatico: il quale a sua volta rappresenta la continuazione diretta del plesso sciatico, formato dal nervo lombo-sacrale (4.ª e 5.ª radice lombare) e dalle branche anteriori dei tre primi nervi sacrali. Il nervo crurale deriva invece dalle 2.ª, 3.ª, 4.ª radici lombari, appartenenti al plesso lombare (Van Gehuchten).

Tipi e caratteri del riflesso. Il tipo osservato con maggiore frequenza è il tipo *bilaterale;* in quanto il riflesso si produce generalmente nel soggetto tanto a destra che a sinistra con egual misura e intensità. Questo tipo fondamentale è stato trovato in 24 pazienti su 34, cioè nel 70 0[0 dei reperti. Può darsi tuttavia che il riflesso sia alle volte più vivace da un lato che non dall' altro.

In un altro tipo che si potrebbe dire *spurio* o *misto,* la fase di reazione è costituita da un sollevamento in massa della coscia: oppure alla contrazione del quadricipite si unisce una netta contrazione del cremastere (che può pure osservarsi isolata) come ho trovato in due casi.

(Il cremastere è innervato dai nervi scrotali che si originano dal plesso pudendo. Questo è formato da parte del 3.° nervo sacrale e da tutta la radice anteriore del 4.° nervo sacrale.)

Il riflesso spurio fu trovato in 3 casi su 34 cioè nel 9 0[0.

In sette casi (20 0[0) il riflesso presentò nettamente un terzo tipo: *unilaterale:* avendosi la reazione in un caso, soltanto alla coscia destra e in sei altri alla coscia sinistra: con completa assenza nelle coscie corrispondenti dell' altro lato.

Studiato il sintomo in rapporto alla natura e al decorso dei càsi clinici, si può affermare che esso é positivo nella grandissima maggioranza dei casi gravi e mortali: comparisce e decorre parallelamente ai sintomi morbosi (specie nervosi) e si esaurisce nello stato preagonico o con la guarigione. Si esaurisce facilmente anche da sè dopo ripetute prove consecutive. Su 22 casi seguiti da morte il riflesso fu positivo 14 volte: su 10 casi gravissimi andati a guarigione 9 volte: su 19 casi meno gravi 11 volte: si può dire quindi che è reperibile nel 72 0[0 dei casi gravissimi e mortali. Può mancare in parecchi casi fulminanti, specie a tipo comatoso, seguiti da morte entro le 12 o 24 ore. Ciò si spiega facilmente col fatto che in tali casi si istituisce d' emblée una paralisi totale della funzionalità conduttrice e regolatrice dell' encefalo e del midollo.

E' fuori dubbio che i sintomi più imponenti del colèra spettano al nevrasse ed al simpatico. Essi si manifestano con la completa disorganizzazione dei poteri termogenetici (algidismo) miocinetici (crampi, miastenia, anuria) conduttori (disordini gravissimi nei riflessi) secretorî (anidrosi) col coma, con l' edema cerebrale, con l'enorme vasoparalisi periferica (cianosi universale). Le tossine coleriche hanno un' affinità speciale per il tessuto nervoso: e dall' intossicazione iperacuta di questo dipende quasi tutta la sintomatologia neurassiale e simpatica.

Il reperto è assolutamente negativo nei casi negativi, dubbi e nei soggetti normali: la sua presenza o no può quindi, in casi sospetti, confermare o denegare l' esistenza della bacillosi ed essere di utile sussidio diagnostico.

Fisiopatologia del riflesso. Le vie anatomiche ascendenti del riflesso sono rappresentate dal nervo sciatico e finiscono alla 4.ª e 5.ª radici lombari ed alle tre prime sacrali: le vie discendenti sono rappresentate dalla 2.ª, 3.ª, 4.ª radici lombari che dànno origine al nervo crurale.

L' arco riflesso è limitato dunque alla porzione inferiore del midollo lombare ed alla porzione superiore del midollo sacrale. Io ritengo appunto che il riflesso da me osservato sia di natura puramente spinale e rappresenti una reazione diaschisaria in rapporto ad uno stato di ipereccitabilità citotossica delle cellule della sostanza grigia.

In condizioni normali infatti, l' eccitazione manuale in massa dei muscoli della gamba non produce alcun riflesso. Affinchè tale eccitazione produca una reazione motrice riflessa, conviene che nella stazione di arrivo sia perduto il contatto con i neuroni ascendenti, lunghi, colleganti la sostanza grigia alla corteccia, e che la stimolazione portata alle corna grigie, anzichè esaurirsi corticalmente trasformandosi in un semplice atto di coscienza cenestetica, venga raccolta dalle cellule e radici vicine e sia respinta alla periferia fino al quadricipite come scarica motoria.

Tale interruzione, che costituisce in sostanza un fenomeno di *diaschisi corticospinale e intraspinale* apparisce tanto più verosimile, in quanto è noto che l' esagerazione dei riflessi tendinei o la produzione di riflessi patologici si osservano in malattie in cui sia interrotta la conduzione cortico-spinale o per canse traumatiche e ana-

tomo-patologiche (mieliti trasverse, lesioni piramidali alte ecc.) o per cause tossiche e infettive (avvelenamenti da stricnina, tetano ecc.) nelle quali appunto la eccitabilità generale della sostanza grigia è elettivamente esasperata per due momenti essenziali e alle volte integrantisi: interruzione anatomo-funzionale di conduzione e ipereccitabilità cellulare tossigena.

E' necessario del resto invocare entrambi i meccanismi nella genesi del riflesso. Se l' ipereccitabilità locale delle cellule spinali spiega a sufficienza la produzione dei tipi laterale e misto del riflesso da me osservato, non è sufficiente per spiegare il tipo unilaterale che, se pur poco frequente, non è meno chiaro e preciso; ammenochè non si voglia ammettere che la sostanza grigia possa essere intossicata in grado diverso a seconda delle sue porzioni destra e sinistra. Dal momento che ciò apparisce poco verosimile, si deve ritenere che in base al grado uniforme di intossicazione delle cellule spinali esista, oltre alla diàschisi cortico-spinale, uno stato di assoluta disorganizzazione anche nella conduzione intraspinale delle cellule delle varie corna grigie (neuroni centripeti, intercalari ecc.) cioè una *diàschisi intraspinale:* e che per effetto di quest' ultima un arco riflesso possa prodursi da un lato e non prodursi dall' altro.

Tale ipotesi è confermata non solo dal fatto che la fase di reazione, anzichè essere costituita dalla sola contrazione del quadricipite fu espressa in varî casi da contrazione in massa con sollevamento della coscia e da contrazione del cremastere, ma ancora da un altro fenomeno che ho rilevato, cioè il contegno nettamente antagonistico del riflesso patellare che è pure di origine spinale (3.ª lombare).

In molti casi, per tutto il decorso clinico, ho trovato che il riflesso patellare aveva un contegno parallelamente inverso al riflesso da me descritto: quanto più evidente era quest' ultimo, tanto più debole e ridotto era il primo; ciò che non indica altro se non che la conduzione intraspinale dell' arco diastaltico era straordinariamente alterata e sconvolta. Ma ancora il riflesso patellare presentò spesso gli eguali disordini del riflesso del quadricipite: perchè in varî malati osservai in esso una notevole diversità nella prontezza e intensità di comparsa da un lato del corpo in confronto dell' altro.

Del resto il contegno di tutti i riflessi è profondamente alterato nel colèra: ed io sono convinto che uno studio metodico di questi

condurrebbe a costatazioni molto interessanti di fisiopatologia spinale.

Concludendo: il riflesso da me osservato si può a ragione ritenere come un riflesso patologico spinale, di tipo tetanico, di origine citotossica, dovuto a fenomeni di diaschisi cortico-spinale e intraspinale. Esso è simile ai riflessi spastici dell' infezione tetanica, a varî altri riflessi patologici (R. planticrurale: Van Gehuchten — R. femorale: Remak — R. lombo-femorale: Bechterew — R. patellare paradosso: Eichhorst): ai movimenti coreiformi e atetosiformi in certe emiplegie organiche: i quali tutti sono l' esponente o di alterata conduttività corticospinale (transitoria o permanente) o di esagerata eccitabilità citotossica locale della sostanza grigia midollare.

UOMINI (37)

Inizio della malattia	Cognome e Nome	Data del 1° esame	1° Esame del riflesso: a destra	1° Esame del riflesso: a sinistra	Data del 2° esame	2° Esame del riflesso: a destra	2° Esame del riflesso: a sinistra	Data del 3° esame	3° Esame del riflesso: a destra	3° Esame del riflesso: a sinistra	Data del 4° esame	4° Esame a guarigione o exitus: a destra	4° Esame a guarigione o exitus: a sinistra
25. 6. 1911	Pe. Fr.	25. 6. 1911	positivo	positivo								morto il 30 giugno 1911	
26. 6.	Ga. A.	26. 6.	positivo	positivo	28. 6.	positivo	positivo	29. 6.	positivo	positivo		morto il 1. luglio	
26. 6.	Sal. M.	27. »	positivo	positivo	6. 7.	evidentiss.	evidentiss.	10. 7.	posit. attenuato	posit. attenuato		morto il 14 luglio	
27. 6.	Pa. G.	28. »	positivo	positivo	6. »	positivo	positivo					morto il 7 luglio	
28. 6.	Ciar. V.	28. »	positivo	positivo								morto il 29 giugno	
28. 6.	Man. G.	28. »	positivo	chiarissimo	6. »	debole	chiarissimo	30. »	negativo	spurio cioè con ampia contrazione in massa d. coscia	12. 8.	negativo	negativo
28. 6.	Col. Fr.	28. »	negativo	negativo	6. »	abbozzato	abbozzato	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
29. 6.	Amm. A.	29. »	positivo	positivo								morto il 29 giugno	
30. 6.	Cicc. R.	30. »	spurio (evidente contraz. in massa dei muscoli della coscia)	spurio	6. »	spurio	spurio	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
30. 6.	Riv. M.	30. »	negativo	evidentiss.	6. »	negativo	evidentiss.	30. »	negativo	evidentissimo	12. »	negativo	negativo
30. 6.	Ri. A.	30. »	deb., chiaro	deb., chiaro	6. »	deb., chiaro	deb., chiaro	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
1. 7.	Sta. B.	1. 7	negativo	negativo	6. »	negativo	negativo	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
2. 7.	Met. P.	2. »	negativo	chiarissimo	6. »	negativo	chiarissimo	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
2. 7.	Car. G.	2. »	abbozzato	abbozzato	6. »	negativo	negativo	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
3. 7.	Bel. P.	3. »	deb., chiaro	deb., chiaro	6. »	debole	debole					morto l' 8 luglio	
3. 7.	Di L. C.	3. »	deb., chiaro	deb., chiaro	7. »	deb., chiaro	deb., chiaro	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
4. 7.	Cil. P.	4. »	debole	evidentiss.	7. »	debole	evidentiss.	30. »	negativo	contrazione del cremastere	12. »	negativo	negativo
6. 7.	Bet. M.	6. »	negativo	negativo								morto il 7 luglio	
6. 7.	Lu. G.	6. »	abbozzato	abbozzato	12. »	abbozzato	abbozzato	30. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo
6. 7.	Sal. F.	6. »	negativo	negativo	12. »	negativo	negativo					morto il 19 luglio	
6. 7.	Ros. C.	6. »	evidentiss.	evidentiss.								morto l' 8 luglio	
8. 7.	Mar. D.	8. »	evidente	evidente				2. 8.	negativo	negativo	12. »	negativo	leviss. accenno
9. 7.	Vit. F.	9. »	positivo	positivo								morto il 9 luglio	
11. 7.	Or. V.	11. »	negativo	positivo								morto l' 11 luglio	
12. 7.	Far. C.	12. »	tenue	tenue								morto il 12 luglio	
12. 7.	Ni. M.	12. »	negativo	negativo								morto il 13 luglio	
12. 7.	Na. S.	12. »	negativo	negativo	2. 8.	negativo	contrazione del cremastere				12. »	negativo	contrazione del cremastere
13. 7.	Di Do. N.	13. »	negativo	negativo								morto il 19 luglio	
13. 7.	Giff. V.	13. »	negativo	tenue	2. »	negativo	abbozzato				12. »	negativo	negativo
13. 7.	Pi. G.	13. »	negativo	evidentiss.	2. »	deb. ma chiar.	negativo				12. »	negativo	negativo
13. 7.	Fim. L.	13. »	negativo	negativo								morto il 13 luglio	
13. 7.	Mon. E.	13. »	negativo	negativo	2. »	negativo	negativo				12. »	negativo	negativo
13. 7.	Bo. G.	13. »	negativo	negativo								morto il 15 luglio	
13. 7.	Leo. C.	13. »	negativo	negativo								morto il 18 luglio	
13. 7.	Ga. F.	13. »	evidente	violento	2. »	negativo	negativo				12. »	negativo	negativo
15. 7.	Lof. V.	15. »	evidentiss.	evidentiss.								morto il 18 luglio	
15. 7.	Mar. A.	15. »	negativo	negativo								morto il 20 luglio	

DONNE (14)

Inizio della malattia	Cognome e Nome	Data del 1° esame	1° Esame del riflesso: a destra	1° Esame del riflesso: a sinistra	Data del 2° esame	2° Esame del riflesso: a destra	2° Esame del riflesso: a sinistra	Data del 3° esame	3° Esame del riflesso: a destra	3° Esame del riflesso: a sinistra	Data del 4° esame	4° esame a guarigione o exitus: a destra	4° esame a guarigione o exitus: a sinistra
24. 6. 1911	Mo. Ro.	25. 6. 1911	positivo	positivo	2. 7. 1911	positivo	positivo	4. 7 1911	si esaurisce nell' ultimo giorno di vita			morta il 4 luglio	
26. 6.	Chia. G.	26. »	debole	negativo	4. »	debole	negativo	7. »	negativo	negativo	10. 7.	negativo	negativo
26. 6.	Re. M.	26. »	positivo	positivo	4. »	positivo	positivo	10. »	negativo	negativo			
27. 6.	Fio. E.		non si presta all' esame, arti dolentissimi										
27. 6.	Ge. S.	28. »	debole	evidente	4. »	debole	evidente	10. »	negativo	negativo			
27. 6.	Fa. S.	28. »	negativo	negativo	4. »	negativo	negativo		(arti inferiori dolentissimi)		10. 7.	negativo	negativo
27. 6.	No. F.	28. »	deb. ma chiar.	deb. ma chiar.	2. »	debole	debole	3. »	debole	debole		morta il 4 luglio	
29. 6.	Cuc. N.	30. »	negativo	negativo									
29. 6.	Ma. M.	30. »	chiarissimo	chiarissimo con contrazione lunga e violenta della coscia.	4. »	chiarissimo	chiarissimo con contrazione lunga e violenta della coscia	6. »	debole	chiaro	10. 7.	negativo	negativo
29. 6.	Di M. A.	30. »	negativo	negativo	4. »	negativo	negativo	10. »	negativo	negativo			
30. 6.	Ab. R.	1. 7	abbozzato	abbozzato	4. »	abbozzato	abbozzato	10. »	negativo	negativo			
1. 7.	Del G. A.	1. »	negativo	negativo	4. »	negativo	negativo	10. »	negativo	negativo			
2. 7.	Val. V.	2. »	chiarissimo	chiarissimo	4. »	chiarissimo	chiarissimo	10. »	traccie	negativo			
2. 7.	Be. A. M.	2. »	negativo	positivo	4. »	negativo	chiaro	10. »	negativo	tracce			

CONTROLLI

A) Colerosi non alienati (1)

Inizio della malattia	Cognome e Nome	Data del 1° esame	a destra	a sinistra	Esito
4. 7.	D' An. Ca.	4. 7.	positivo	positivo	morta il 5 luglio

B) Individui sani di mente e di corpo (10)

N.° 10 infermieri dei quali 5 addetti al lazzaretto, 5 alle varie sezioni: non esiste traccia di riflesso.

C) Alienati non colerosi (30)

N.° 30 alienati di cui 20 alzati in buone condizioni fisiche: 10 allettati per marasma: nessuna traccia di riflesso.

D) Alienati sospetti colerosi con diagnosi batteriologica e decorso clinico negativi (7)

Inizio della malattia	Cognome e Nome	Data del 1° esame	a destra	a sinistra	Data del 2° esame	a destra	a sinistra
28. 6.	Ar. G.	28. 6.	negativo	negativo	3. 7.	negativo	negativo
3 »	Se. F.	30. »	traccia	traccia	4. »	negativo	negativo
6. 7.	Ca. M.	6. 7.	negativo	negativo	15. »	negativo	negativo
6. »	Te. F.	6. »	negativo	negativo	15. »	negativo	negativo
17 »	Am. N.	17. »	negativo	negativo	21. »	negativo	negativo
9. »	Ri. M.	19. »	negativo	negativo	24. »	negativo	negativo
23. »	Ar. F.	23. »	negativo	negativo	27. »	negativo	negativo

E) Alienati portatori di bacilli (5)

Inizio della malattia	Cognome e Nome	Data del 1° esame	a destra	a sinistra	Data del 2° esame	a destra	a sinistra
17. 8.	Con. P.	17. 8	negativo	negativo	21. 8.	negativo	negativo
18. »	Mas. P.	18. »	negativo	negativo	22. »	negativo	negativo
21. »	Por. D.	21. »	negativo	negativo	24. »	negativo	negativo
21. »	Mer. M.	21. »	negativo	negativo	24. »	negativo	negativo
25. »	Cas. M.	25. »	negativo	negativo	29. »	negativo	negativo

Manicomio Provinciale di Como
(Direttore: Del Greco)

Ricerche urologiche ed ematologiche in frenastenici tiroidei

PEL

DOTT. DARIO VALTORTA

Interno nei Laboratori Scientifici della Clinica delle Malattie Professionali in Milano (Prof. Devoto)

PRIMA NOTA

Fosfati; Solfati; Cloruri
Urea; Acido urico; Potere riduttore
Acidità totale
Potere isolitico del siero di sangue

Come è noto, le affezioni a base tireo-tossica intese in senso lato, vanno dal semplice struma senza evidenti alterazioni tireogene, allo struma con sintomi di tiroidismo, al gozzo esoftalmico, al cretinesimo ed al mixedema. Noi prescindiamo dagli stati psicopatici decisamente tireotossici e scegliamo per le nostre indagini quegli ammalati, che per essere affetti da atrofia o da ipertrofia della tiroide, presentano soltanto fenomeni attenuati (organici e psichici) di distiroidismo, dai quali nondimeno alla sindrome clinica complessiva deriva un' impronta particolare. La nostra diagnosi si fonda sui dati seguenti:

a) Storia della famiglia
b) Storia individuale
c) Sindrome nevrologica e psichica in atto
d) Decorso

1). L' anamnesi famigliare ci rivelò la presenza dell' ereditarietà, ne fornì criteri sulla natura e sul grado della predisposizione originaria, ed in particolare ci rivelò spesso la degenerazione tiroidea aggravantesi nella specie.

2). L' interpetrazione critica dei precedenti anamnestici individuali e della sindrome clinica ci fu di guida nello scegliere tra i varî deficienti assai diversi dal punto di vista clinico e patogenetico. Abbiamo eliminato tutte quelle forme che si presentavano secondarie o anche semplicemente associate all'azione di particolari elementi pato-

geni occasionali, sopratutto della prima età: (traumi al capo; febbri infettive - tifoide) fattori qualche volta clinicamente muti, più spesso rivelanticisi con sintomi senso-motori di varia natura ed entità, rudimentarî o complessi, permanenti od accessuali.

3). Viceversa abbiamo dato grande importanza alla presenza di segni di atipia morfologica ipotiroidea, e sopratutto di particolari sintomi organici e psichici, i quali trovano appunto la loro espressione più completa e direi quasi integrale nelle psicosi tireo - tossiche.

4). L'esame del decorso ci mostrò la fissità della condizione psicopatologica originaria. Nei casi esaminati le stigmati della deficienza in modo autonomo, o col favore di circostanze esterne, assunsero più volte una vivezza singolare, si complicarono ad espressioni sintomatiche appena accennate nelle condizioni di equilibrio fisiologico, misero capo a sindromi cliniche durature, per poi irrigidirsi senza eccezione nella loro espressione statica, qualitativamente immutabile.

Nessuna forma noi scegliemmo che tradisse in qualche modo germi sospetti di un processo evolutivo demenziale; l' esclusione, per la serie di ricerche che accingevamo ad intraprendere assumeva un' importanza di primo ordine.

Esponiamo dapprima la tecnica eseguita, quindi i casi clinici nei loro tratti essenziali, coi risultati delle varie esperienze.

A) Ricerche Urologiche

Abbiamo ricercato:

1) I fosfati, i solfati, ed i cloruri fra i componenti inorganici:

2) L' urea, l' acido urico, e complessivamente le sostanze estrattive (in base al potere riduttore) fra i componenti organici:

3) L' acidità totale.

Fondamentalmente ci siamo tenuti ai modi di ricerca già seguiti da D' Ormea e Maggiotto, nei loro studî sul ricambio materiale nei dementi precoci (1), variando appena, come diremo in seguito, qualche manualità di tecnica, e istituendo soluzioni di confronto ad ovviare cause di errore inerenti a giudizio personale sul grado e sulla intensità delle varie reazioni chimiche.

(1) D' Ormea e Maggiotto. Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci, Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale A. 1904 - 1905.

Abbiamo tenuto gli ammalati al regime dietetico abituale, di natura mista, suddivisi in tre pasti giornalieri nel modo seguente: ore 7,30 colazione: (caffè e latte 40 centilitri; o zuppa di verdura gr. 40; o minestra di riso o di pasta gr. 90; pane gr. 150) ore 12 pranzo: (minestra in brodo con verdura o asciutta: carne lessata o in umido gr. 70; pane gr. 200; gazosa $^1/_4$) ore 18 cena; (minestra come sopra: o formaggio, o salame gr, 50; gazosa $^1/_4$).

Eseguimmo le indagini sull'urina delle 24 ore raccolta tenendo gli ammalati a letto. A rendere più precisi i nostri risultati, come termini di confronto, abbiamo scelto i dati ottenuti dall' esame di urine di alcuni infermieri intelligenti, ed in ottime condizioni di salute, i quali per l'ambiente e pel regime di vita, venivano a trovarsi in condizioni assai simili a quelle degli ammalati. E le cifre da noi ottenute non si scostarono sensibilmente da quelle medie, che sui caratteri generali dell'urina e sui componenti da noi presi in esame, ci danno i fisiologi più autorevoli [BUNGE, YVON (1), LANDOIS (2), ALBERTONI e STEFANI (3), BOTTAZZI (4), LUCIANI (5):

Quantità		1400	cc.
Peso specifico		1020	
Acidità		5 - 6	(espressa in acido ossalico col reattivo fenolftaleina)
Urea	gr,	30	
Acido urico	»	80	
Cloruro di sodio	»	12	
Acido solforico	»	2	
Acido fosforico	»	3	

Per l' esame quantitativo dei *fosfati* abbiamo seguito il metodo del dosaggio dell' acido fosforico totale. Occorrono:

Una soluzione normale di Azotato di Uranio
Una soluzione normale di Fosfato acido ammonico
Una soluzione di Acetato di soda al 10 %
Una soluzione di Ferrocianuro potassico al 10 %.

---

(1) **Manuale pratico per le analisi delle urine. Napoli 1896.**
(2) **Trattato di fisiologia dell'uomo Parte I^a.**
(3) **Manuale di fisiologia umana.**
(4) **Chimica fisiologica Vol. II. capo 14.**
(5) **Fisiologia dell'uomo vol. 1° capo 21.**

Si mettono in una capsula di porcellana 50 cm. di urina filtrata, vi si aggiungono 5 cm. della soluzione di acetato di soda, e si riscalda a fiamma libera sulla tela metallica sino all' ebollizione. Si versa il tutto in un calice di vetro e vi si lascia cadere a goccia a goccia la soluzione di azotato di uranio, titolata colla soluzione normale di fosfato acido ammonico.

Nella dissoluzione acetica i fosfati dell' urina precipitano sotto forma di fosfato di uranio. Quando il precipitato si fa meno evidente si rimescola con una bacchetta di vetro, versandovi assai più lentamente la soluzione di uranio, sino a che una goccia del liquido, messa in contatto con una goccia della soluzione di ferrocianuro potassico, per la presenza di azotato di uranio libero, dà la colorazione bruno-rossa del ferrocianuro d' uranio.

50 c. c. d' acqua distillata, cui siansi aggiunte 2,3 gocce della soluzione di uranio possono fornire la reazione di confronto.

Conoscendo che un centimetro cubo della soluzione di Azotato di uranio, precipita una quantità x di fosfati espressi in acido fosforico dapprima in 50 c c, poi nella quantità totale di urina.

Per l' esame quantitativo dei *solfati* con un procedimento simile abbiamo dosato l' acido solforico totale. Occorrono:

La soluzione titolata di Cloruro di Bario

Una soluzione all' 1 $^0|_0$ di solfato di potassio

Acido cloridrico puro.

In 50 cc. d'urina acidificata con acido cloridrico (1 cm) e riscaldati all' ebollizione si versa a goccia a goccia la soluzione di cloruro di bario. I solfati precipitano sotto forma di solfato di bario. Non appena rimane del cloruro di bario libero, una goccia del liquido, in contatto con una goccia della soluzione di solfato di potassio, dà un precipitato biancastro di solfato di bario (ben visibile sulla superficie libera di una lastra di vetro affumicata).

50 cc. d' acqua distillata, cui siansi aggiunte 4, 5 goccie della soluzione di cloruro di bario forniscono la reazione di confronto.

Si calcola la quantità di acido solforico contenuta dapprima nei 50 c c d' urina, poi nella quantità totale, sapendo che un c c della

soluzione di cloruro di bario, precipita un centigrammo di solfati espressi in acido solforico.

Per l' analisi quantitativa dei *cloruri*. Occorrono:

La soluzione titolata di nitrato d' argento.

Una soluzione di cromato giallo di potassa all' 1 : 10.

Una soluzione di permanganato potassico al 5 : 1000.

Calcificata una miscela di 10 c c. di urina e di altrettanti della soluzione di permanganato, si scioglie il residuo in acqua distillata e si filtra.

Al liquido filtrato si aggiungono poi 4, o 5 goccie della soluzione di cromato giallo di potassa e si rimescola.

Quindi vi si lascia cadere a goccia a goccia la soluzione di nitrato d' argento. L' azione del sale d'argento si esplica dapprima sui cloruri, i quali precipitano sotto forma di cloruro d'argento, poi, precipitati tutti i cloruri si porta sul cromato di potassa, che dà un precipitato rosso di cromato d' argento. Non appena esso appare e persiste si sospende l' operazione.

Sapendo che un c c. della soluzione titolata di nitrato d' argento precipita un centigrammo di cloruri sotto forma di cloruro d' argento, si deduce la quantità di cloruri nei 50 cc. e nell'urina totale.

Per la determinazione dell' urea ci siamo serviti dell' ureometro a mercurio dell' Yvon, usando della soluzione di ipobromito sodico per lo sviluppo dell' azoto. Ad eliminare le cause d' errore inerenti alle variazioni di temperatura e di pressione, abbiamo premesso ad ogni prova, il dosaggio di confronto con una soluzione al 2 : 1000 di urea (5 cm della quale contengono 1 cgr di urea).

Per la ricerca dell' *acido urico* abbiamo seguito il processo segnalato dall'Yvon. Previa aggiunta di alcune gocce di acido acetico si filtrano 250 c c. di urina per separarvi tutti i corpi in sospensione. Si versa in un bicchiere a fondo tondo; vi si aggiungono 7 c c. di acido cloridrico, si rimescola bene, e si lascia la miscela per 24 ore in luogo fresco e tranquillo. Dopo questo tempo tutto l'acido urico è precipitato in cristalli più o meno voluminosi, raccolti nel fondo del vaso, o aderenti alle pareti. Non rimane che pesarlo.

Si fa passare attraverso ad un filtro senza pieghe di carta Berzelius preventivamente essicato in termostato e tarato, lavando più

volte il bicchiere, finchè nessun cristallino di acido urico rimanga aderente alle pareti, e continuando finchè l'acqua di lavaggio non dà più reazione acida. Si lava con alcool il precipitato deposto sul filtro per liberarlo dalle materie coloranti e dall'acido ippurico che avesse trascinato con sè; si essicca il filtro in termostato, si ripesa su bilancia sensibile al mmgr. Detratta la tara, si ottiene il peso dell'acido urico dei 250 c c. d'urina, da cui si deduce l'acido urico totale.

Ma l'acido urico, avverte l'Ivon (1), non è rigorosamente insolubile nè nell'acqua pura, nè nell'orina carica di acido cloridrico.

Quest'ultima causa di errore è in parte compensata, poichè l'acido precipitandosi trasporta dalla materia colorante, che non si può togliere completamente; si tien conto però di tutto aggiungendo al peso trovato gr. 0, 0045 di acido urico per ogni 100 cc. di acqua di lavaggio acida e di urina.

Per l'esame del *potere riduttore* occorrono:

Una soluzione decimonormale di permanganato di potassio.

Una soluzione decimonormale di acido ossalico.

Una soluzione al $25\ ^0/_0$ di acido solforico.

Operazione preliminare: 15 c c della soluzione di permanganato acidificati con acido solforico riscaldati a 100°, debbono rimanere scolorati per l'aggiunta di 15 cc. della soluzione ossalica.

In una capsula si versano 15 cc. della soluzione di permanganato di potassio, quattro di acido solforico uno di urina e 50 cc. di acqua distillata.

Si lascia bollire il tutto su fiamma libera per cinque minuti sino a completa ossidazione delle sostanze organiche.

Quando la temperatura della miscela è scesa a 70 gradi si versano 15 c c. della soluzione ossalica, e si rimescola sino a decolorazione completa. Si lascia raffreddare il liquido a temperatura ambiente, e poi vi si lascia cadere a goccia a goccia la soluzione di ferrocianuro, rimescolando sino ad ottenere la colorazione rosea persistente. Il numero dei cc. della soluzione usata, esprime il P. R. di un cc. di urina; da uno si riduce il P. R. totale.

(1) Ivon, l. c.

Per la determinazione dell' *acidità* occorrono:
Una soluzione alcoolica di fenolftaleina.
La soluzione decimonormale di soda caustica.
Si mescolano 50 cc. di urina con acqua distillata sino a che ne svanisca il colore naturale: vi si aggiungono alcune goccie della soluzione alcoolica di fenolftaleina e vi si lascia cadere a gocce la soluzione decimonormale di soda caustica, sino a che, in ambiente alcalino, la fenolftaleina si riveli per la colorazione rosso aranciata.
Sapendo che cc. della soluzione di soda neutralizza un centigramma di acido ossalico, si esprime in acido ossalico; l'acidità dell'urina esaminata è totale.
Ecco i casi clinici nei loro tratti essenziali coi risultati delle esperienze:
P. G. (C 5 100). Ereditarietà tiroïdea. Ha tiroide ingrossata nel lobo destro. Anamnesi individuale negativa. Nota di deficienza mentale sin dalla prima età. Difetto assoluto di poteri di logica e di critica. Funzioni percettive superficiali; attenzione mobile, facilmente esauribile; torpore ideativo; imaginazione arida. Fisionomia senza espressione; gesto e loquela normali. Ottundimento emotivo, contegno instabile.
Recidivo per la quinta volta. L'alcool, il lavoro autonomo, l'ambiente famigliare, contrarietà e dissidi domestici risvegliano in lui fatue e sconnesse idee persecutorie, che la vita metodica e tranquilla dell' Istituto vale a respingere nel fondo del suo orizzonte mentale.
Nessun segno di involuzione psichica. Energia intellettuale assai scarsa, ma immutabile.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostanze estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Maggio 14-15	1600	1010	3,127	24,025	—	14400	1,428	2,214	14,400
25-26	1420	1008	3,212	21,124	0,179	12600	1,574	3,207	13,702
Giugn. 4-5	1010	1020	2,174	16,927	0,273	10100	1,460	2,700	9,322
20-21	1220	1018	3,420	18 —	0,128	10200	1,500	2,127	10 —
Luglio 10-11	1650	1013	2,970	20,625	0,141	14028	1,275	1,050	14,400
13-14	1430	1014	2,86	24,310	0,215	12870	1,835	1,43	15,73
Media	1388	1013	2,960	19,835	0,187	12365	1,512	2,121	12,925

P. L. (C 5507). Psicopatie, pellagra, tiroidismo nel gentilizio. Segni di deficienza mentale sin dalla prima giovinezza. Gozzo e postumi di rachitismo al torace ed agli arti. Forse pregressa intossicazione maidica. Precoce senescenza.

Atteggiamenti scimmieschi, riso esplosivo; collezionismo, voracità. Umore abitualmente espansivo; nessuna tendenza ad occuparsi. Percezione tarda; patrimonio di idee concrete limitatissimo; impermnesie accanto a lacune mnemoniche; accenni ad espressioni persecutorie.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostan. estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Maggio									
16 - 17	780	1005	1,88	11,70	—	7800	2,023	1,15	8,54
Giugno									
4 - 5	1210	1008	1,401	15,601	0,114	13310	1,179	2,327	8,471
28 - 29	770	1012	1,540	12,320	0,243	8470	2,310	1,427	14,25
Luglio									
1 - 2	1420	1009	2,55	17,75	0,321	14200	1,298	1,84	10,50
4 - 5	1100	1010	1,92	11 —	0,393	11550	0,985	1,332	7,810
10 - 11	1750	1007	1,61	7,350	0,117	13125	1,829	1,77	10,500
Media	1170	1009	1,816	12,62	0,237	11075	1,937	1,641	9,68

I. G. (C 5459). Degenerazione cretinosa in linea diretta e collaterale. Crebbe d' intelligenza limitata e mostrò pure ritardo notevole nello sviluppo organico. Ha tiroide ipertrofica nel lobo sinistro. Funzioni percettive tarde: corrente del pensiero torpida e ammiserita; fantasia arida: memoria parziale. Tono sentimentale per lo più depresso. Contegno mutevole; ora passivo, ora invece iperattivo.

Tendenza all' alcool, al vagabondaggio.

Tre volte recidivo: ripetuti stimoli alcoolici acuiscono latenze deliranti e disposizioni aggressive assai pericolose.

L'ammalato qui si mantiene solitario, passivo, docilissimo.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostan estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Maggio									
18 - 19	1270	1014	3,837	15,875	—	11430	2,407	2,286	10,160
Giugno									
1 - 2	1000	1016	3,400	15 —	0,239	9300	1,857	2,20	12,70
28 - 29	1240	1018	3,844	17,360	0,193	10540	1,231	2,37	15,63
Luglio									
2 - 3	910	1019	3,361	13,501	0,214	9100	2,164	2,09	16,20
7 - 8	800	1025	3,20	12,800	0,312	8400	1,902	1,92	18,40
13 - 14	1200	1015	3,944	16,20	0,285	11040	1,745	1,750	15,42
Media	1070	1017	3,594	15,122	0,248	9968	1,884	2,102	14,751

C. G. (C 5465). Degenerazione cretinosa negli ascedenti. Non fu mai ammalato, ma crebbe di costituzione gracile, ed anemico. Dall'epoca della pubertà presenta notevole ipertrofia in toto della tiroide.

E' un imbecille: ha discreto patrimonio di idee concrete, ma difetta in modo assoluto di ideazione superiore; ha logica e critica rudimentaria.

Misantropo, sospettoso, pel tramite di ripetuti abusi alcoolici è venuto man mano coltivando un delirio persecutorio, geloso, avvivandosi anche pel contributo di disturbi sensoriali d'indole tossica.

Cadde pure in preda a stati confusionali onirici, per cui fu qui ricoverato tre volte nel periodo di due anni. Da quanto percepisce ed

assimila egli mostra di trarre tutto quel vantaggio che può. Rivela certa diffidenza non disgiunta da una nota di fatuità puerile.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostan. estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Maggio									
23 - 24	950	1019	3,325	19,90	—	—	1,919	1,64	13,35
Giugno									
6 - 7	1600	1013	1,92	24 —	0,278	8800	2,487	1,92	14,90
9 - 10	750	1018	1,475	15,900	0,321	7687	2,514	1,20	8 —
15 - 16	1290	1016	3,325	21,93	0,338	8772	1,730	1,935	9,670
Luglio									
15 - 16	700	1022	3,50	16,275	0,084	8050	2,347	1,834	9,10
18 - 19	1050	1014	3,171	17,577	0,099	12915	1,818	1,470	10,241
Media	1056	1016	2,786	19,263	0,224	9245	1,802	1,666	10,88

C. A. (C 4733). Ereditarietà tiroidea e psicopatica. Sortì da natura una costituzione organica e psichica difettosa. Struma precoce.

Misantropo, permaloso, egoista, facile all' impulso, aggredì a mano armata i famigliari.

L' attitudine, la mimica, il linguagio, le occupazioni ne tradiscono l' indole puerile dei sentimenti e delle tendenze. La percezione è scarsa; rudimentarie le facoltà discriminatrici. Il modestissimo patrimonio mentale non progredisce, nè regredisce.

Qua e là fuggevoli periodi di malumore sembrano sostenuti da scialbe idee persecutorie.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostan. estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Giugno									
11 - 12	1200	1018	3,414	17,321	—	12240	0,947	2,32	18,46
26 - 27	1200	1017	2,88	20,400	0,575	7200	1,573	1,464	16,60
Luglio									
6 - 7	870	1015	1,64	15,834	0,392	7465	1,121	0,480	8,50
11 - 12	960	1014	2,76	12	0,277	9024	1,682	1,244	12,271
14 - 15	1490	1009	2,831	17,88	0,412	10132	1,543	1,549	10,132
19 - 20	770	1020	2,70	11,473	0,159	9856	1,605	1,910	9,240
Media	1081	1016	2,704	15,18	0,363	9319	1,412	1,495	12,53

S. B. (C 3975) Discende da cretini: ha tiroide ipertrofica nel lobo destro e sinistro e segni di pregressa rachitide al torace.

Torpido in ogni estrinsecazione della vita psichica, ha percezioni frammentarie, orizzonte intellettuale limitatissimo, miseria di idee concrete, imaginazione atrofica.

Memoria debolissima e lacunare. Sguardo vago, fisionomia imbo-

cillesca, incesso pitecoide, blesità. Umore per lo più uniforme, apatico; qua e là periodi di euforia, o fuggevoli impulsi.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostan. estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Giugno 21 - 22	850	1024	3,74	17	—	8925	1,012	2,270	12,75
25 - 26	1250	1014	3,37	20,312	0,123	10250	2,054	2,70	13,345
Luglio									
3 - 4	1400	1011	3,50	21	0,214	11,200	1,963	1,40	15,37
7 - 8	650	1020	3,12	15,080	0,127	5,200	1,743	1,04	11,70
12 - 13	700	1024	3,01	19,77	0,117	8140	1,536	1,26	8,40
16 - 17	590	1021	2,371	17,110	0,249	7208	1,829	1,864	16,756
Media	907	1019	3,18	18,379	0,138	8487	1,689	1,756	13,053

M. G. (C 5520). Tubercolosi e tiroidismo negli ascedenti. Ha gozzo voluminoso e residui di rachitismo al torace ed agli arti inferiori.

Condusse vita randagia, nutrendosi male. Abusò di alcoolici e cadde in preda a delirio onirico che lo trasse al Manicomio. Dileguatisi i fenomeni acuti dell'accesso, la personalità mentale originaria apparve in tutti i suoi aspetti; miseria intellettuale, torpore affettivo,

indolenza ed abulia. Contegno per lo più apatico e passivo: a tratti periodi di clamorosità e qualche allucinazione ipnagogica.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostanze estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Giugno									
22 - 23	1960	1016	4,116	22,736	0,116	17052	2,531	1,430	13,132
25 - 26	1830	1015	4,117	23,168	0,218	16836	2,440	1,262	11,712
29 - 30	1410	1011	2,538	22,560	1,514	14662	1,930	1,269	11,918
Luglio									
8 - 9	600	1019	3,002	9.300	0,232	10620	1,021	0.948	5,430
17 - 18	430	1015	1,827	12,90	0,158	5375	0,982	0,602	6,471
19 - 20	1900	1013	2,736	19,441	0,470	8170	1,920	2,698	12,174
Media	355	1014	3,056	18,350	0,284	12119	1,804	1,368	10,139

B. E. (C 5237). Tiroidismo nella madre.

Crebbe d' intelligenza limitatissima; di carattere scontroso, fannullone, refrattario al lavoro disciplinato. Per la seconda volta nello Istituto: in preda a delirio di persecuzione, si fa depresso, si isola, rifiuta di nutrirsi, esprime propositi di suicidio. Qui si riordina presto, giustifica in modo puerile il contegno tenuto in famiglia, e riappare olimpico e sereno.

Ha tiroide leggermente ingrossata; segni di involuzione precoce; sensibilità ottusa.

Risultati delle esperienze

Data	Caratteri generali			Composti organici			Composti inorganici		
	Quantità	P. S.	Acidità	Urea	Acido urico	Potere riduttivo (sostanze estratt.)	Acido fosfor.	Acido solfor.	Cloruro di sodio
Giugno									
22 - 23	550	1029	2,42	6,050	0,427	5940	1,201	0,575	3,850
25 - 26	770	1019	3,503	9,062	0,324	8393	1,727	0,554	5,005
29 - 30	790	1018	2,054	13,562	0,577	7663	1,677	0,663	7,453
Luglio									
8 - 9	1450	1022	4,365	7,837	0,373	12470	2,694	0,899	7,39
17 - 18	550	1023	2,365	12,324	0,121	5995	1,173	0,396	3,542
19 - 20	1250	1021	3,648	12,50	0,329	11250	2,427	0,405	8,324
Media	893	1021	3,059	10,222	0,358	8618	1,816	0,582	5,927

MEDIA GENERALE

	Nei normali	Nei frenastenici tiroidei
Quantità	1400 c c	1115
Peso specifico	1020	1015
Acidità totale	gr. 5 - 6	gr 2, 644
Urea	gr. 30	» 16, 121
Acido urico	gr. 0, 8	» 0, 212
Sostanze estrattive (P. R. c c 12100)		

$\frac{N}{10}$ K M N O 4	10149
Acido fosforico gr 3	gr 1,732
Acido solforico gr 2	gr 1,591
Cloruro di sodio gr 12	gr 11,198

∴

Nessun dubbio diagnostico può sorgere sulle forme mentali da noi prese in esame.

I nostri ammalati si presentano incompletamente evoluti tanto dal punto di vista morfologico che mentale: le difettosità e le disarmonie organo-psichiche trovano la loro prima genesi intima nella decadenza della stirpe, di cui è indice il polimorfismo ereditario.

Le alterazioni della tiroide sopraggiungono quasi come prova diretta delle anomalie di evoluzione.

Il tipo di mentalità dominante è l' imbecillesco: sul terreno della degenerazione originaria, col concorso o meno di stimoli esogeni, esplodono sindromi di eccitamento, di depressione, deliranti, allucinatorie, ma la loro durata è fittizia, il processo evolutivo rudimentario: le manifestazioni dinamiche si dileguono man mano, residuando immutata la condizione statica da cui provengono.

Ecco dunque i risultati delle nostre ricerche urologiche in otto frenastenici tiroidei:

1) *Quantità* dell' urina nelle 24 ore inferiore alla norma di circa 1|5 del volume totale
2) *Peso specifico* più basso
3) *Acidità totale* ridotta quasi alla metà
4) *Urea* ridotta ad una proporzione poco superiore alla metà
5) *Acido urico* diminuito di quasi due terzi
6) *Potere riduttore* inferiore alla norma
7) *Acido fosforico* in proporzione poco superiore alla metà
8) *Acido solforico* diminuito in grado lieve
9) *Cloruro di sodio* in proporzione quasi normale.

B) Ricerche Ematologiche

Le prime nostre ricerche si riferiscono alla *isolisi*.

Nel campo sperimentale della patologia generale l' indagine, come è noto, fu estesa a svairate forme morbose, dopo che pei primi Ehrlich e Morgenroth (1) l'ebbero ideata.

La tecnica da noi seguita fu quale risulta da lavori di Ascoli (2), Lo Monaco e Panichi (3), Bezzola (4), Pace (5), ed Alberti (6) che studiò appunto l' isolisi in malati di mente.

Noi abbiamo voluto studiare il potere isolitico del siero di sangue di frenastenici tiroidei, sulle emazie di frenastenici (biopatici) senza affezioni della tiroide, e di individui normali, e reciprocamente.

Ecco il procedimento:

Pratico tre salassi — Disinfettata la regione del gomito, applico una fasciatura al braccio, e non appena è visibile una delle vene, vi infiggo un grosso ago innestato ad un tubetto di gomma, il quale è interrotto nel suo corso da un piccolo tubo di vetro (per meglio scorgervi il deflusso del sangue). Raccolgo un po' di sangue in una bottiglietta di Erlenmeyer essicata alla stufa, contenente alcuni frammenti di vetro, e lo faccio agitare fino a defibrinazione completa.

Frattanto raccolgo da 100 a 150 cc. di sangue in una seconda bottiglietta, la chiudo con tappo di ovatta, e la metto in ghiacciaia a sierare. Verso un centimetro cubo di sangue defibrinato in vasi di vetro contenenti 40 cc. di soluzione di cloruro di sodio al 0,83 °[0 . Quando il siero è pronto, lo separo con una pipetta dal coagulo, centrifugo, se è necessario, e procedo al saggio.

In un portaprovetta esagonale a varie tinte (rispondenti ai diversi saggi) distribuisco sei serie di sei provette per saggiare.

1) L'azione litica del siero di sangue dell' individuo normale (N) sulle emazie dei frenastenici senza alterazioni della tiroide (Fr), e del frenastenico tiroideo (Frt).

---

(1) Berliner. -- Klinich Wochensch. 1899 - 900 - 901 cit. da:

(2) Ascoli — Isolisine ed isoagglutinine dei sieri di sangue umano. Comunicazioni alla Società Medico - Chirurgica di Pavia A. 1901.

(3) Cit. Ascoli — Rendiconto della R. accademia dei Lincei Dicem. 1900.

(4) Clinica medica N. 6 A. 1902

(5) Pace — Rivista critica di Clinica medica 1901 N. 38, 39 e 40 cit.

(6) Alberti — Ricerche sulla isolisi nei malati di frenosi maniaco depressiva. Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale A. 1905 fasc. IV.

2) L'azione litica del siero di sangue del frenastenico sulle emazie del normale e del frenastenico tiroideo.

3) L'azione litica del siero di sangue del frenastenico tiroideo sulle emazie del normale e del frenastenico.

A tale scopo in ciascuna serie di provette verso il siero X in dose decrescente da un centim. ad 1|6 di cm. (regolandomi col numero delle gocce); poi un centimetro cubo della sospensione di sangue defibrinato su cui sperimento. Nelle varie provette aggiungo alcune gocce di soluzione fisiologica per ridurre il liquido ad uno stesso livello, e ad ogni serie unisco una provetta di confronto, in cui verso soltanto un centimetro cubo di sangue e la soluzione fisiologica.

Le lascio in termostato a 37 gradi per due ore, agitandole nel frattempo tre o quattro volte, quindi le metto per dodici ore in ghiacciaia. In seguito valuto la lisi in base al *deposito delle emazie* ed alla *colorazione del liquido.*

Ecco i soggetti per ciascuna esperienza:

I° (20 Maggio)

N: Infèrmiere A. Guido.

Frt: P. G. (C 5100) V. r.

Fr: C. E. (C 4352) E' un imbecille. Ha molteplici note degenerative al capo. Percezione: memoria normale. Imaginazione disordinata e fantastica; incompleta elaborazione di concetti; mancanza di logica imprevedibilità degli atti.

Quattro volte recidivo. Ha periodo di perturbamento, in cui si fa crudele, erotico bugiardo, compiendo, azioni criminose. Più volte fuggitivo.

II° (22 Maggio)

N: Dr C. Luigi

Frt: I. G. (C 5459) V. r.

Fr: B. R. (C 5612). Eredo alcoolista. Ha note somatiche degenerative gravi, e tutti i segni di un arresto di sviluppo psichico. Di carattere ombroso, aggressivo, dedito ad abusi alcoolici, si rese insoffribile dove lavorava ed in famiglia per la condotta strana, mista a deliri ed impulsi tra criminali e pazzeschi.

III° (8 Giugno)

N: Infermiere T. Cesare.

Frt: A. B. (C 5200). Si è sviluppato assai deficiente per intelligenza misantropo, erotico. Ha gozzo; è sordastro. Da che va abusando di alcoolici, si è in lui accentuata la ombrosità del carattere, la diffidenza contro i famigliari, il fatuo erotismo, la tendenza a percuotere ed a fuggire.

Quì vive solitario, indifferente, abulico.

Frequente enuresi notturna.

Fr: C. V, (C 5441). Deficiente originario. Sino a poco tempo fa mostrò di addattarsi all' ambiente famigliare e sociale in cui viveva; poi si diede a commettere atti di vandalismo e di oltraggio al pudore. Gli atti, il contegno, i sentimenti, le tendenze, tutto rivela gli scarsi acquisti ond' è costituita la personalità.

Condizioni fisiche assai floride.

IV° (29 Giugno)

N: Infermiere C. Vittorio.

Frt: P. L. (C 5507) V. r.

Fr: C. V. (5441) V. S.

TABELLA DEI VALORI SIEROLITICI

N su Fr e Frt   Fr su N e Frt   Frt su N e Fr

Data	Quantità del siero	N su Fr			N su Frt			Fr su N			Fr su Frt			Frt su N			Frt su Fr		
		Emolisi	Deposito emazie	Colore liquido	Emolisi	Deposito emazie	Colore liquido	Emolisi	Deposito emazie	Colore liquido	Emolisi	Deposito emazie	Colore liquido	Emolisi	Deposito emazie	Colore liquido	Emolisi	Deposito emazie	Colore liquido
20 MAGGIO	cm.^{3} 1	nulla	completo	giallo	nulla	completo	giallo	nulla	completo	giallo	nulla	completo	giallo	nulla	completo	giallo	nulla	completo	giallo
	0,75	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,50	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,40	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,25	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,15	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
22 MAGGIO	cm^3 1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	notevole	mediocre	R. giallo	tracce	Q. compl	L. roseo
	0,75	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	discreta	discreto	»	»	»	»
	0,50	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	tracce	notevole	G. roseo	nulla	compl.	giallo
	0,40	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,25	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	nulla	completo	giallo	»	»	»
	0,15	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
8 GIUGNO	cm^3 1	»	»	»	»	»	»	tracce	notevole	G. roseo	»	»	»	»	»	»	discreta	discreto	g. roseo
	0,75	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,50	»	»	»	»	»	»	nulla	completo	giallo	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,40	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	nulla	completo	giallo
	0,25	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,15	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
29 GIUGNO	cm^3 1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,75	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,50	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,40	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,25	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	0,15	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Nei soggetti che ci hanno servito per le esperienze, abbiamo dunque i seguenti risultati:

A) Il siero di sangue dell' individuo normale non ha potere litico sulle emazie del frenastenico (biopatico) senza alterazioni della tiroide, nè sulle emazie del frenastenico tiroideo.

B) Il siero di sangue del frenastenico biopatico non ha potere litico sulle emazie del frenastenico tiroideo; alla dose di un cm. e di cm. cubi 0,75 rivela un'azione litica lievissima (nella proporzione di 1 su 4) sulle emazie del normale.

C) Il siero di sangue del frenastenico tiroideo (nella proporzione di 1 su 4) ha sulle emazie del normale azione litica notevole alla dose di un centimetro cubo, discreta alla dose di cm. cubi 0,75, lievissima o nulla a dosi inferiori. Nella proporzione di 2 su 4, ha discreta o lievissima azione litica sulle emazie del frenastenico senza alterazioni tiroidee, dalla dose di un centimetro cubo, sino a centimetri cubi 0,50.

∴

Ci siamo tenuti ad un' esposizione rigorosamente obbiettiva dei nostri risultati.

Noi continuiamo le indagini, studiando in una seconda serie di esperienze gli altri componenti dell' urina, ed il potere uro - tossico, siero tossico e siero - emolitico.

Como, Luglio 1911.

BIBLIOGRAFIE

Lhermitte et Klarfeld — ÉTUDE ANATOMO-PATOLOGIQUE DE CERTAINES LÉSIONS ATROPHIQUES DU CORTEX CÉRÉBRAL DU VIEILLARD *(Encéphale, p. 412. n.° 11. 1911)*.

Se la diminuzione volumetrica del nevrasse, e specialmente del cervello è un fatto noto da gran tempo, non sono ancora definitivamente fissate tutte le modalità e la patogenesi di questo o di quell'altro tipo dell'atrofia cerebrale senile. PARCHAPPE e MARCÉ, in tempi già lontani, dimostrarono che la regressione senile del cervello era legata alle modificazioni delle arterie nutritive di quest'organo. MARCÉ nel 1863 descrisse con notevole precisione l'alterazione generale dei capillari nella corteccia, il restringimento del loro calibro e le sue conseguenze fatali: il rammollimento e l'atrofia delle regioni dell'encefalo irrigate dai vasi lesi; atrofia accompagnata da scomparsa delle cellule e delle fibre nervose. MARCÉ dimostrò ancora che queste diverse lesioni costituiscono un tipo anatomo-patologico ben definito che si può opporre a quello della paralisi generale. Il LHERMITTE col KLIPPEL e CLAUDE tentò in precedenti lavori di stabilire vari tipi anatomici di atrofie corticali senili: le une condizionate dalle modificazioni della rete vascolare, le altre indipendenti e non aventi alcun legame di causalità con lo stato dei vasi. — Nell'attuale lavoro gli Aa. studiano tre casi di atrofia corticale nei vecchi con l'eosina-emateina, VAN GIESON, NISSL, PAPPENHEIM e con i due metodi elettivi di BIELCHOWSKY per le neurofibrille nervose e del LHERMITTE per la nevroglia fibrillare.

Le atrofie corticali si dividono in due grandi gruppi: nel primo sono interessati tutti i tessuti componenti l'encefalo: *atrofie degenerative per necrosi:* nel secondo partecipano solo gli elementi nervosi e nevroglici, rappresentanti il tessuto ectodermico (neuroepiteliale di RENAUT) *atrofie pure*.

Ma mentre l'atrofia corticale pura della senilità comporta ben poche variazioni, le atrofie degenerative sono espresse da stati istologici molto varii, per quanto non difficili a trovarsi riuniti a traverso numerose forme di passaggio. Tali tipi particolari sarebbero, secondo le ricerche degli autori, tre: *stato reticolare, stato areolare, necrosi miliare.*

Lo stato reticolare si presenta al microscopio, con le colorazioni ordinarie, sotto l'aspetto di un tessuto spongioso, formato da travature abbastanza fine nelle quali si trovano alcune cellule arrotondate a nucleo eccentrico, a protoplasma ridotto, seminato di granulazioni di pigmento brunastro. Gli elementi nervosi, cellule e fibre mieliniche, sembrano scomparsi. In realtà se si esamina lo stato areolare con metodi elettivi (WEIGERT, NAGEOTTE, BIELSCHOWSKY) si constata la sopravvivenza di alcune rare fibre mieliniche debolmente colorate, varicose, spesso ridotte a dei monconi moniliformi.

Egualmente l'impregnazione all'argento ridotto mette in evidenza delle fibre amieliniche sottili e varicose. Alcune portano sul loro tragitto un rigonfiamento decolorato: un gran numero di queste consistono in sottili filamenti irregolarmente serpeggianti e a superficie granulare (grenue). Certi macrofagi, posti nello spazio libero circoscritto dalle travate, contengono delle granulazioni argentofile mescolate alle granulazioni pigmentarie.

La costituzione delle travate, esaminate col metodo di LHERMITTE che le colora in azzurro cupo, si dimostra di evidente natura nevroglica: queste fibrille attraversano delle lamine protoplasmatiche portanti al centro un largo nucleo pallido (cellule di DEITERS) e passano da una cellula all'altra senza interruzione. In certi luoghi si colpisce molto bene l' inserzione di questo reticolo fibrillare sui vasi che serpeggiano in piccolo numero nel focolaio reticolare.

Le cellule nervose sono rare, tuttavia si può metterne in evidenza qualcuna atrofizzata, sclerosata, a prolungamenti raggrinzati e retratti e il cui nucleo pure increspato e raggrinzito si colora in massa. In questi elementi, il reticolo neurofibrillare è scomparso e sostituito da granulazioni argentofile che al metodo BIELSCHOWSKY appariscono altrettanto oscure quanto quelle nere sopraricordate, dei corpi dei macrofagi.

Generalmente l' isolotto reticolare si trova in piena sostanza grigia, apparentemente indipendente dai vasi; ma talvolta esso si dispone attorno ad un'arteriola di un certo calibro, pur conservando press'a poco la stessa struttura. In questi casi la guaina linfatica perivascolare di VIRCKOW-ROBIN apparisce largamente dilatata, ma priva di qualsiasi corpo granuloso: si vedono soltanto nel suo interno alcuni macrofagi contenenti delle granulazioni pigmentarie di origine ematica.

Riassumendo, nell' isolotto reticolare la maggior parte degli elementi nervosi è scomparsa e non è rappresentata che da vestigia quasi irriconoscibili: si direbbe in certi punti che si sia passati sopra al preparato con un pennello, che abbia spazzato gli elementi più nobili e che abbia lasciato sussistere solo la trama nevroglica iperplasica. Alcune altre particolarità istologiche sono pure degne di nota: come la presenza di strane

formazioni fibrillari che riducono l'argento intensamente col BIELSCHOWSKI. La presenza di tali formazioni è importante perchè è di natura pure nevroglica e dà ragione agli Aa. che sostengono la natura nevroglica delle fibrille che si irradiano tutto attorno alle *placche senili* di REDLICH-FISCHER.

Stato areolare. Mentre l' isolotto reticolare è caratterizzato dalla fusione progressiva e regolare degli elementi nervosi di una limitata zona corticale e da una parallela iperplasia nevroglica, nell'isolotto areolare invece la necrosi del tessuto propriamente nervoso è più brutale e massiva e la trama che forma il «grillage» della regione colpita assume una costituzione differente dal «reticulum» nevroglico puro dell'isolotto reticolare. Le maglie sono molto più larghe, riconoscibili talvolta ad occhio nudo, le travate che le circoscrivono sono molto più fitte e non sono più costituite da fibre nevrogliche pure. Colorando infatti questi isolotti a disposizione areolare secondo il metodo di LHERMITTE e sovracolorando all'eosina, si osserva che se, nelle travate, serpeggiano delle fibrille colorate in bleu e perciò indubbiamente nevrogliche, queste sono in qualche modo inglobate in un tessuto diverso, certamente connettivo come lo dimostra la colorazione rosa assunta col metodo LHERMITTE e la sua affinità alla fucsina acida del VAN GIESON. In seno alle lamine connettivo-nevrogliche è facile mettere in evidenza dei reliquati di vasi trombizzati o ancora permeabili e riempiti di emazie bene conservate. Esiste dunque, in ciascuna delle travate che circoscrivono le maglie dell'isolotto areolare, un intreccio di tessuti mesodermici ed ectodermici come si verifica in certi focolai di encefalomalacia tipica, come il LHERMITTE e il SCHOEFFER hanno altrove dimostrato.

Per quanto riguarda gli elementi propriamente nervosi, non esistono che delle vestigia: alcuni cilindrassi sottilissimi o varicosi, ma nessuna traccia più di cellula nervosa.

Nelle areole limitate dalle travate connettivo-nevrogliche si accumulano i fagociti infarciti di granulazioni pigmentarie, le quali, per la loro varia affinità ai reattivi sono in parte di origine *ematica*, in parte ***nervosa***. Le travate di questi focolai areolari si continuano direttamente con la trama vascolare del parenchima cerebrale: in generale le fibrille nevrogliche possono essere seguite a distanza dal focolaio areolare, ma si esauriscono presto o si sparpagliano in una moltitudine di fibrille che si perdono nella trama nevroglica periferica.

Focolaio di necrosi miliare. L'aspetto del focolaio di necrosi miliare è molto diverso dei precedenti: qui infatti gli elementi della corteccia non sono, almeno grossolanamente, disintegrati, e tanto ad occhio nudo quanto al microscopio non si osserva più l'apparenza a griglia degli isolotti areolari o reticolari. Il focolaio necrotico tuttavia è facilmente riconoscibile a prima vista con una colorazione semplice: emateina — eosina, o VAN

GIESON, ad esempio. Sul fondo oscuro e ben colorato della corteccia, il focolaio di necrosi miliare spicca per il suo aspetto pallido e scolorato. Arrotondato od ovolare, sembra, nella maggior parte dei casi, del tutto indipendente dai vasi sanguigni, quantunque questi ultimi abbiano talora una certa importanza nel suo meccanismo di produzione.

In tali focolai gli elementi corticali sono fortemente alterati: le cellule nervose hanno perduto i loro prolungamenti e sono globulari e arrotondate: i corpi di NISSL sono in completa dissoluzione a meno che la cellula non abbia subito da lungo tempo una infiltrazione pigmentaria completa, ciò che non è troppo raro ad osservare. Gli elementi del reticolo neurofibrillare sono ancora riconoscibili, per quanto fortemente alterati. Il reticolo nevroglico non sembra modificato, talvolta le sue maglie sono distese per l'imbibizione edematosa: ma non si è mai osservato un ispessimento della trama di sostegno nè una moltiplicazione degli elementi nevroglici a funzione fagocitaria (amöboide Zellen di ALZHEIMER).

Le alterazioni sopra descritte non vanno confuse, pur essendo comuni al cervello senile, con *l'état vermoulu* di PIERRE MARIE che è caratterizzato da una serie di ulcerazioni tagliate a picco nella corteccia, a bordi frastagliati, di colore di ocra, disposti senza ordine ma con predominanza sui lobi frontali. Una sezione praticata perpendicolarmente alla circonvoluzione rileva l'esistenza di una breccia a livello della quale tutti gli elementi sono scomparsi: solo talvolta si osservano le vestigia di un vaso obliterato o permeabile. Questa breccia si approfondisce fino alla sostanza bianca corticale a forma di tronco di cono, a punta centrale e a base meningea come ha bene osservato il LÉRI. A livello della base la pia e la aracnoide assottigliate passano da un bordo all'altro dell'ulcerazione inviando talvolta nella cavità uno o più rami vascolari. La parete dell'ulcerazione è costituita da residui cilindrassiali mielinizzati o no, di fibre e cellule nevrogliche; abbondano i depositi di pigmento color ocra o nero derivanti dall'emoglobina trasformata. A livello delle punte del cono si può osservare una decisa proliferazione nevroglica: ma minore in paragone a quella che si osserva negli stati reticolare ed areolare.

Si tratta insomma di una breccia della corteccia tagliata come allo stampo senza che vi si possano trovare attorno quei prodotti di disintegrazione che si ritrovano nei focolai, piccoli o grandi, di encefalomalacia.

* * *

Oltre a queste atrofie necrotiche legate ad un intenso processo distruttivo esiste un'altra forma di atrofia nella quale non esiste alcun focolaio che rassomigli a quelli già descritti di *distruzione areolare, reticolare*

necrotica, di état vermoulu. È questa che può chiamarsi *atrofia corticale pura* ed i cui caratteri sono già stati largamente descritti dal LHERMITTE, KLIPPEL, CLAUDE.

Macroscopicamente la corteccia cerebrale apparisce molto assottigliata, ridotta ad un sottile bordo grigio: questo assottigliamento è più pronunciato in certe circonvoluzioni anzichè in certe altre, senza però che si possa fissare una regola per tale localizzazione. Istologicamente si osserva, con i metodi di NISSL e BIELSCHOWSKY, una diminuzione numerica e volumetrica delle cellule corticali egualmente manifesta in tutti gli stati del mantello; il reticolo neurofibrillare ed extracellulare è rarefatto ed i suoi elementi si colorano meno energicamente; per quanto riguarda il reticolo intracellulare, esso è ridotto a granulazioni nere irregolarmente disposte, o ad un reticolato sottile; sole persistono le fibrille dei prolungamenti protoplasmatici.

La maggior parte delle cellule sono oltre a ciò interamente infiltrate di pigmento (lipocromo) fisso alla base dei loro prolungamenti; certe cellule sono completamente deformate, sferiche, portando solo un sottile prolungamento che si perde tosto. La *trama nevroglica* non é iperplasica, se non soltanto nella zona superficiale sottopiale. A questo livello, le cellule hanno il loro corpo protoplasmatico infiltrato di lipocromi. Le *cellule nevrogliche* della corteccia atrofizzata sono invece moltiplicate attorno ai vasi ed alle cellule nervose in via di atrofia o di sclerosi.

I tipi di atrofia corticale sopra studiati sono distinti gli uni dagli altri non solamente per i loro caratteri morfologici, ma ancora per la loro natura. Ed è precisamente la diversità nel processo che condiziona tali atrofie, quella che giustifica più sicuramente la distinzione fra *atrofie degenerative e atrofie pure*. Le prime sono strettamente sotto la dipendenza delle alterazioni croniche dei vasi le cui forme più abituali sono: l' arteriosclerosi, la calcificazione, l' arterite stenosante. Tutte queste modalità lesionali della rete nutritiva conducono, del resto, allo stesso risultato: il restringimento e l' obliterazione dei vasi e la diminuzione, infine la soppressione dell' afflusso sanguigno agli elementi anatomici della corteccia.

Questa spiegazione patogenetica delle atrofie degenerative è basata sulle constatazioni multiple e concordanti fatte sul cervello senile dagli Aa, perchè in tutti i casi di stato areolare o reticolare si sono osservate contemporaneamente delle trombosi o delle antiche obliterazioni dei vasi irriganti la regione colpita. Certo è possibile osservare delle obliterazioni vascolari senza un conseguente processo distruttivo quando queste sieno transitorie (per uno stato di discreta conservazione anteriore del sistema vasale) e la circolazione si sia ristabilita in un tempo sufficientemente breve per permettere alle cellule di riaversi dagli effetti dell' anossiemia.

In base a tale concetto gli Aa. tentano di spiegare con le stesse variazioni di intensità delle lesioni vascolari, le diverse modalità di atrofia degenerativa descritta.

Così lo *stato reticolare* corrisponderebbe ad un arresto di circolazione molto breve: lo *stato areolare* rappresenterebbe un' interruzione di più lunga durata.

Lo stato di necrosi miliare invece dovrebbe essere considerato non come una lesione finita, ma al contrario come uno stadio anteriore allo stato reticolare e areolare: appunto perchè la conservazione relativa degli elementi nervosi non può rappresentare che una lesione iniziale e precoce.

Per quanto riguarda *l' atrofia pura corticale* essa è indipendente dallo stato dei vasi, ed in un caso estremamente tipico osservato dagli Aa. le ricerche sulla sclerosi dei capillari, sulle trombosi e sulla stenosi delle arterie piali sono riuscite completamente negative. Certo i vasi non sono indenni totalmente, perchè si tratta di vecchi. Ma le modificazioni che presentano arterie, capillari e vene non sono differenti da quelli che si osservano abitualmente nell' encefalo di individui vecchi normali.

L' atrofia corticale pura si oppone quindi, non solamente per i suoi caratteri istologici, ma ancora per la sua natura, alle atrofie degenerative di origine vascolare.

Levi Bianchini.

I. Bresler. ALZHEIMERS UNTERSUCHUNGEN ZÜR FEINEREN HISTOLOGIE DER PSYCHOSEN. *(Psychiatr. Neurol. Wochenschr. n. 48-49 1911-12).*

In questa interessante analisi, BRESLER riferisce sul recente lavoro di ALZHEIMER « Beitraege zur Kenntniss der pathologischen Neuroglia ùnd ihrer Beziehungen zu den Abbauvorgängen im Nervengewebe» comparso nel vol. III., fasc. III. dei « Histologische und Histopathologische Arbeiten ueber die Grosshirnrinde etc. » che l' ALZHEIMER pubblica insieme con NISSL.

I metodi istopatologici (così riassume il BRESLER) con i quali è possibile di differenziare una paralisi generale, una demenza senile, un' arterioscle osi ed alcune forme di lue cerebrale (colorazioni cellulari di Nissl, delle guaine midollari e della nevroglia di WEIGERT) non sono sufficienti per svelare le modificazioni istologiche della corteccia nelle altre psicosi. E' necessario poter mettere in maggiore evidenza una più delicata struttura della glia: poichè questa oltre alle comuni sue fibre, costituisce altre più sottili formazioni che circondano le cellule nervose in un fino retico-

lato. E' presumibile che anche questo debba subire e dimostrare modificazioni parallele a quelle rivelate dal tessuto nervoso.

Oltre di ciò in tutte le psicosi che conducono alla demenza si è trovato nella corteccia un rilevante aumento di grasso: in molti casi una quantità enorme di lipoidi nelle cellule dell'avventizia e della pia e perfino la trasformazione di cellule nervose in un ammasso di globuli grassosi. Questa notevole quantità di grasso non può prodursi che dal tessuto nervoso stesso. Sorge quindi il problema di stabilire per qual via le sostanze lipoidi giungono alle cellule e quale è il processo trasformativo dei componenti normali della corteccia in quei prodotti terminali di disintegrazione. Il metodo di MARCHI a tale scopo apparisce troppo grossolano ed è insufficiente. Ma un secondo problema è da risolvere: se cioè quei prodotti di disfacimento non siano, almeno in parte, degli elementi nutritivi del tessuto nervoso i quali vengono trattenuti e trasformati da processi patologici.

Le ricerche di ALZHEIMER tendono a portare un po' di luce in questo difficile argomento. L' A. dopo aver esposto i vari metodi di colorazione descrive anzitutto la struttura della nevroglia normale e specialmente quelle reti nevrogliche che intrecciano l'intero sistema nervoso centrale e che sono formate dalla suddivisione più delicata dei prolungamenti protoplasmatici delle cellule della glia. Questa rete scoperta da HELD comprenderebbe secondo questo A. anche i reticolati (Füllnetze) di BETHE e di GOLGI: la glia stessa sarebbe un tessuto sinciziale ed avrebbe dei confini ben precisi alla superficie cerebrale ed attorno ai vasi (membrana neurogliæ superficialis et perivascularis).

Il reticolato nevroglico è massimamente evidente nello strato più superficiale della corteccia; le fibre midollari decorrono attraverso le sue maglie e le fibre nevrogliche sono deposte in seno alle sue trabecole. Il reticolo gliale non è un comune protoplasma cellulare. Il metodo di BETHE non riesce a metterlo in evidenza negli stati patologici: ciò riesce invece con altri metodi ed in casi di atrofie corticali molto pronunciate.

Nella corteccia normale si possono distinguere due varietà di cellule nevrogliche.

1. *Cellule a corpo protoplasmatico polidendritrico che possono anche formare delle fibre.*

2. *Cellule nelle quali con i metodi attuali si può riconoscere soltanto un piccolo corpo rotondeggiante, più o meno organizzato, e stacc[illegible] dal nucleo per mezzo di un contorno vuoto e raggrinzato.*

Sui rapporti di queste due forme fra loro col reticolo nevro[illegible], come pure sulla loro importanza biologica nulla ancora si sa di [illegible].

Nei processi distruttivi più spiccati del tessuto nervoso com[illegible]ono

degli elementi nevroglici indipendenti: che assumono forme particolari, inglobano prodotti di disfacimento e si scompongono alla lor volta senza aver prodotto fibre nevrogliche. Probabilmente essi si sono liberati dalle loro connessioni sinciziali. Secondo ALZHEIMER, la questione se fra la membrana gliale e l'avventizia esista in condizioni normali un reale spazio linfatico perivascolare non è del tutto risolta: ma egli dimostra che in condizioni patologiche si possono trovare degli spazi perivascolari reali (e non prodotti da raggrinzamento): che la membrana gliale perivascolare può rivelare dei fenomeni di disfacimento: e che in questi spazi perivascolari si riversa una parte rilevante dei prodotti di disassimilazione del tessuto nervoso. Anche la membrana superficiale può venire alterata per opera di processi morbosi. Gli spazi perivascolari *non* sono spazi linfatici preesistenti: appartengono al tessuto nervoso: contengono delle cellule gliali ma non contengono alcun elemento di origine mesodermica. Il 4.° capitolo, il più vasto, tratta delle modificazioni patologiche della nevroglia in malattie gravi ed acute del sistema nervoso centrale.

ALZHEIMER descrive le *cellule ameboidi (amöboide Gliazellen)* da lui scoperte e che si trovano specialmente nella sostanza midollare e nella corteccia in casi di psicosi acute. Queste cellule hanno un ciclo vitale molto breve, tanto che in una stessa sezione si possono sorprendere tutti i loro stadii di sviluppo: la loro comparsa sembra proceda di pari passo alla scomparsa di elementi nevroglici antichi. Data la rapida comparsa e scomparsa di queste gliacellule ameboidi esse non producono fibre. Il tipo ameboide è più evidente nella sostanza midollare: le forme che si trovano nella corteccia se ne differenziano spesso notevolmente: comune ad entrambe, specie nel loro periodo involutivo, è il seguente reperto: grani fucsinofili e colorabili al lichtgrün: granuli lipoidi, piccole cavità cistiche, granuli al metilblau, granuli fibrinoidi.

Tutte queste formazioni sono esattamente descritte e riprodotte in splendide tavole a colori. Le cellule ameboidi della corteccia si ammassano in gran numero attorno alle cellule ganglionari; penetrano in queste, ne comprimono il nucleo e ne alterano la struttura dei prolungamenti protoplasmatici: si ammassano contemporaneamente anche attorno ai vasi.

Di speciale interesse sono i *granuli fibrinoidi* messi in rilievo col metodo di WEIGERT per la nevroglia e trovati nella corteccia in casi di demenza precoce, psicosi d'angoscia, gravi delirii infettivi. Anche le cellule ameboidi raccolte attorno ai vasi presentano segni di regressione. Esse si trovano disposte negli spazi perivascolari formatisi verisimilmente per disfacimento della membrana gliale perivascolare, insieme a delle sostanze speciali le quali, almeno in parte, sono prodotti di una coagulazione di un liquido patologico. Contemporaneamente a tali alterazioni molte cellule del-

l'avventizia ed altre dello spazio linfatico avventiziale si presentano in stato di trasformazione adiposa (Fettkörnchenzellen): lo stesso si osserva nella pia, dove si rilevano depositi di varie sostanze extracellulari, aumento degli elementi cellulari e trasformazione di questi ultimi in cellule granulose cariche di prodotti lipoidi. ALZHEIMER afferma che alterazioni patologiche e microscopicamente rilevabili delle meningi molli insorgono prima ancora che si atrofizzi il sistema nervoso: quando cioè la tumefazione delle cellule gangliari e un rilevante aumento del plasma nevroglico (provocato dalla comparsa in massa di cellule ameboidi) determinano primitivamente un aumento di volume del cervello. Si riteneva invece finora che, prescindendo dalle lesioni meningitiche, paralitiche, arteriosclerotiche ecc., la pia assumesse uno stato di iperplasia solo in funzione di un assottigliamento della corteccia. Le alterazioni della pia sono meno pronunciate sulle circonvoluzioni che non nelle scissure. ALZHEIMER descrive poi col termine di *Füllkörperchen* (corpuscoli di riempimento, di zavorra) certe formazioni extracellulari più o meno grandi e piccole, rotondeggianti o angolose, strettamente connesse con la comparsa delle cellule ameboidi, reperibili in grandi quantità nei preparati; ora disperse qua e là nel tessuto nervoso, ora ammassate a mucchi o a conglomerati a forma quasi di mosaico.

Questi corpuscoli si colorano intensamente almeno in principio, col lichtgrün, metylblau, ematossilina di MALLORY: in seguito però perdono la loro colorabilità e vanno incontro a disgregazione. A. ritiene che essi rappresentino, almeno nella massima parte, i prodotti regressivi di strutture nevrogliche patologicamente alterate. Attorno ai vasi specialmente si vedono ammassati parecchi strati di tali corpuscoli: non pare che abbiano connessioni con le cellule nervose. La loro origine si può spiegare così: alcune fibre nevrogliche si fondono col corpo plasmatico, quindi degenerando producono i detti corpuscoli: questi infine possono derivare direttamente anche dalla trasformazione e disintegrazione dei prolungamenti protoplasmatici delle cellule stesse.

Con la comparsa delle cellule ameboidi possono riscontrarsi, almeno in alcuni reperti, notevoli alterazioni delle altre normali strutture nevrogliche: il reticolo nevroglico sopratutto può essere distrutto per lunghi tratti così che, in determinati processi patologici, il metodo di WEIGERT non lo mette in rilievo o ne rivela soltanto poche e sottili fibre residuali. Cellule ameboidi e fibre nevrogliche neoformate si sviluppano spesso di conserva e fin dai primi tempi nella paralisi progressiva, nei processi luetici, endoarterici e nella demenza senile. Nella demenza precoce acuta invece, all'infuori delle cellule ameboidi, la glia non ha alcuna tendenza proliferativa: questa manca assolutamente in certi casi cronici: nell'epilessia genuina è spesso limitata allo strato superficiale od alla sostanza midollare, nel-

l'alcoolismo come in molte forme di idiozia è assolutamente insignificante.

In malattie che da uno stadio acuto (nel quale forse compariscono cellule ameboidi) passano allo stato di cronicità e stazionarietà la glia sembra assumere un aspetto simile al normale: tuttavia si riscontrano anche qui certe diversità che richiedono ulteriori e più esatte investigazioni. Cisti grassose e granuli fucsinofili si osservano anche in gliacellule proliferanti: in certe grandi cellule di tal genere si osservano, invece delle costi-grassose, dei corpuscoli o delle pallottole solide di grasso.

Alcune cellule ameboidi sembrano assumere il carattere di stabilità. l'A ne descrive alcune. Si tratta di strutture nevrogliche complicate, verisimilmente stabili, aventi il carattere quasi di una cicatrice; che si originano per l'azione combinata delle cellule più vicine: oppure formazioni reticolari di analoga provenienza. In un focolaio furono osservati contemporaneamente vicini elementi gliali proliferanti, elementi neurofagi ed elementi formatori di reticolati fibrosi.

In psicosi allo stato cronico, ad es. Dementia præcox, A. trovò spesso attorno ai vasi dei caratteristici prolungamenti nevroglici e delle deformazioni a forma di maglia derivati dalle cellule ameboidi: formazioni che sorpassano a guisa di ponte lo spazio perivascolare e si attaccano all'avventizia; osservò ancora delle lacune di tessuto in vicinanza dei vasi e rappresentanti dei residuati di disturbi circolatorii.

La funzione biologica delle cellule ameboidi, secondo ALZHEIMER consiste in ciò che esse allontanano successivamente, man mano si formano, i prodotti di disintegrazione (Abbauprodukte) del s. n.; o per lo meno li trasformano in altre sostanze che vengono ulteriormente ridotte e deposte nelle cellule di origine mesodermica. Le cellule ameboidi *non* si trovano in un cervello normalmente sviluppato (cellule analoghe invece esistono nel s. n. fetale) non in processi morbosi estinti — salvo le forme croniche — non nelle demenze precoci antiche (salvo i casi di nuove ricorrenze morbose acute) non nella psicosi maniaco-depressiva, nell'epilessia stazionaria, nulla o quasi in antiche cicatrici encefaliche dovute a degenerazioni, emorragie, paralisi stazionaria.

Le cellule ameboidi più grandi e numerose si trovano invece nella corona raggiata delle circonvoluzioni (meno numerose nella corteccia) in casi di gravi delirii tossici, status epilepticus, paralisi generale, demenza senile, lues cerebri; attorno al bordo di focolai malacici recenti, nell'uremia, coma ecc. Sembra che esse compariscono già prima che sieno dimostrabili delle lesioni delle fibre nervose: e la loro azione asportatrice (Abbau-tätigkeit) si inizierebbe non alterando la guaina mielinica ma spazzando da ciò che è già danneggiato dal processo morboso. L'aumento di volume sarebbe quindi dovuto allo stimolo esercitato dai prodotti morbosi ma

non perchè si sia fatto maggior posto in seguito alle distruzioni delle fibre. Tali prodotti morbosi vengono poi trasformati nella cellula ameboide in grasso. E' possibile che l'origine delle cellule ameboidi sia dovuta alla irritazione di sostanze di disfacimento del s. n., ma è possibile che essa dipenda anche da prodotti di alterato ricambio. Molto raramente fu visto assumere da parte delle cellule ameboidi delle parti di tessuto nervoso distrutte (granuli): esse agiscono essenzialmente « dissolvendo e assimilando »; ed i granuli che vi si trovano talvolta, vengono formati entro il loro citoplasma stesso.

Nei casi che dimostravano le alterazioni delle cellule gangliari descritte da NISSL col nome di grave malattia cellulare (schwere Zellerkrankung) ALZHEIMER trovò una forma di cellule ameboidi molto comune alla corteccia e che sembra siano prodotte dalla malattia stessa in maniera rapida e violenta.

Anche in questi casi parve di poter dimostrare che esse hanno per ufficio di disciogliere il plasma delle cellule gangliari ammalate e distrutte anzichè inglobarne nel proprio soma i detriti. Il posto delle cellule gangliari scomparse viene alla fine occupato da un ammasso di cellule ameboidi.

Passando al problema della *degenerazione grassa* delle cellule ganglionari, ALZHEIMER ammette che da per tutto, dove fisiologicamente esiste grasso nelle cellule ganglionari, ne esista pure nelle cellule nevrogliche ed in quelle delle pareti vasali: quantunque questa triplice correlazione fisiologica possa, in casi patologici, subire delle modificazioni. I granuli lipoidi delle cellule ganglionari hanno uno stadio iniziale costituito da corpuscoli che si formano dal plasma cellulare e si colorano bene con fucsina acidi corpuscoli fucsinofili); questi però si differenziano nettamente dagli altri comuni granuli fucsinofili delle cellule gangliari per le loro maggiori dimensioni e per le loro maglie più larghe. Ad un aumento di granuli lipoidi corrisponde un rigonfiamento, spesso anche una deformazione della cellula: da ultimo la cellula si disgrega. Su questi e su altri reperti della demenza senile l'A. si trattiene lungamente.

Il compito delle cellule ameboidi è dunque, in ultima analisi, quella di ripulire il tessuto nervoso dalle sostanze cataboliche (Abfallstoffen); trasformarle in una forma meno dannosa al tessuto ectodermico e di consegnarle al tessuto mesodermico.

Oltre alle forme patologiche dei granuli fucsinofili sopra accennate esistono, in altre malattie, dei granuli che non si differenziano affatto dai granuli normali e che sono a quanto pare, l'esponente di semplici alterazioni funzionali, e non prodotti di sostanze lipoidi.

ALZHEIMER ha trovato ancora che in condizioni patologiche si ritrovano nelle cellule nevrogliche dei prodotti molto simili cromaticamente

non morfologicamente ai granuli *n* scoperti da REICH nei vasi periferici: prodotti di disfacimento basofilo-metacromatici che sono probabilmente costituiti da una sostanza lipoide particolare. Questi si trovano a preferenza nella sostanza bianca, non sono legati ad alcuna particolare forma morbosa nè alla distruzione delle guaine midollari e sembrano essere l'esponente di disturbi assai delicati del tessuto nervoso. Altri prodotti di disfacimento vengono segnalati e descritti col nome di prodotti basofili semplici *(einfach basophile Abbauprodukte)* di disfacimento.

Nel capitolo che tratta di alcuni prodotti ricambiali patologici extracellulari ALZHEIMER descrive i *corpi amilacei* che egli ritiene secreti dai succhi dei tessuti anche nella vita normale. Di simile natura ma un po' diversi, A. descrive altri corpuscoli, generalmente tondeggianti od ovali, più raramente a contorni irregolari, grandi appena come un nucleolo, che talora si colorano intensamente con colori basici, tal'altra appena si colorano: e che spesso si trovano disseminati in tutto il tessuto, nei preparati alla NISSL. L'A. non esclude che possano derivare dall'azione dei liquidi indurativi, analogamente a quanto ha osservato alcune volte in casi di paralisi p. e delirî infettivi, nel glicogeno.

Descrive infine le placche di FISCHER che ritiene come prodotti patologici del ricambio depositati in seno al reticolo nevroglico primitivamente già alterato. Di altre sostanze rare descritte l'A. riserba l'interpretazione a studi ulteriori.

Le sostanze patologiche finora descritte sono l'esponente comune della distruzione o dell'alterato ricambio del tessuto nervoso in svariate e diverse malattie del sistema nervoso: altre sostanze invece sembrano più particolari ad alcune forme morbose o ad un gruppo di malattie similari. Tuttavia fra queste noi possiamo annoverare finora solo le idiozie amaurotiche, una malattia similparalitica descritta dal BARONCINI ed un caso di atrofia cerebellare congenita dello STRÄUSSLER.

Per quanto riguarda le idiozie amaurotiche, si tratterebbe, secondo ALZHEIMER di anormali deposizioni di sostanze lipoidi simili ma non uguali a quelle della demenza senile e della comune degenerazione grassa delle cellule ganglionari. Egli non sa ancora affermare se si tratta di una sosta in un antico processo distruttivo oppure di una disassimilazione irregolare in atto. Anche qui si osserva nelle cellule nevrogliche e più ancora in quelle avventiziali la trasformazione delle sostanze cataboliche in puro grasso ed il trasporto di tali prodotti in direzione dei vasi. In questi casi sarebbe di sommo valore sottoporre i prodotti di disfacimento (che vi si trovano in enorme abbondanza) a delle ricerche chimiche approfondite.

Ai tipi di disintegrazione mesodermica ed ectodermica (SCHRÖDER) ALZHEIMER contrappone come terzo tipo; quello dei processi degenerativi

rappresentati dalle cellule ameboidi; e designa come quarto tipo un processo nel quale gli elementi nevroglici esistenti sono sufficienti ad assumere da soli senza formazione di nuovi elementi gliali le sostanze formate dalla distruzione del tessuto nervoso e di trasmetterle successivamente agli elementi di origine mesodermica.

« In misura naturalmente minima, conclude l'A., noi vediamo esistere questo quarto tipo di distruzione anche in ogni cervello adulto; così che è probabile ammettere che processi distruttivi di lievissimo grado facciano parte della norma fisiologica. Se noi volessimo considerare come strettamente patologica la presenza di sostanze lipoidi nelle cellule ganglionari, nevrogliche ed avventiziali non esisterebbe più alcun cervello normale. »

Dalle ricerche di ALZHEIMER risulta che sintomi di oscura interpretazione e quadri morbosi possono venire notevolmente delucidati dal reperto istologico: ciò dicasi per lo stato epilettico, per gravi attacchi paralitici; gravi delirii infettivi e tossici; stati di eccitamento catatonici. Nessun dubbio ormai che a base dell'epilessia e della dementia præcox non esistano profonde alterazioni organiche. Tuttavia il valore differenziale dei reperti istologici è ancora molto limitato. Un preparato di grave delirio tossico a tipo di delirio acuto presenta lesioni molto analoghe a quelle di una catatonia finita in grave agitazione: appunto perchè sono resi evidenti solo i prodotti di disfacimento, ma non si hanno ancora dati sufficienti per valutarne esattamente la diffusione e la loro ultima destinazione. Lo stesso e più ancora, dicasi per gli stati cronici. Tuttavia se in cervelli di malati morti in stato di eccitamento si trovano abbondanti cellule ameboidi non si farà diagnosi di mania: come la assoluta mancanza di tali cellule parlerà contro la demenza precoce. (Formazione di cellule ameboidi nel s. n. è stata riscontrata se pur eccezionalmente in gravissime malattie somatiche). Nello status epilepticus ALZHEIMER non ha mai trovato nella corteccia quelle cellule ameboidi rotonde che sono comune reperto della paralisi generale o dei deliri infettivi gravi; e ciò potrebbe costituire il principio d' una diagnosi differenziale in base alla forma delle cellule ameboidi.

Come ultimo acquisto di tali studi è dimostrato infine che la nevroglia oltre ad essere tessuto di sostegno ha un' altra funzione ancora da compiere: *la rimozione dei prodotti di disfacimento e la loro definitiva espulsione ed incanalazione per le vie linfatiche.*

LEVI BIANCHINI.

Marinesco — ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE DES PLAQUES DITES SENILES
(Encéphale p. 105 n. 2 1912).

Le più recenti investigazioni istologiche tendono a dimostrare che la psicosi senile non è nè una unità clinica nè una unità anatomo-patologica: ma che sotto questo nome si raccolgono varie sindromi, diverse sia per la sintomatologia che per il sottostrato anatomico. Una di tali sindromi, e la più discussa, è la presbiofrenia e con essa un reperto assai caratteristico della corteccia cerebrale che ha già ricevuto varia nomenclatura e differenti interpretazioni (necrosi miliare, placche senili, sferotrichia cerebri multiplex ecc.) Nel presente lavoro corredato da una quasi completa bibliografia sulla presbiofrenia l' A. rivendica a sè e a BLOCQ la priorità della scoperta delle placche senili, che essi, senza darne una vera interpretazione, osservarono fino dal 1892 nel cervello di una vecchia epilettica con forte ateroma dei vasi della base, e che allora giudicarono come noduli di sclerosi nevroglica.

Nel 1898 REDLICH trovò un analogo reperto in due casi di demenza senile egualmente accompagnati da attacchi epilettici, e ne diede una descrizione più completa designandolo col nome di sclerosi miliare. Egli ammette che si tratti di una proliferazione particolare della nevroglia e considera li nucleo di questi noduli come il residuato della cellula nevroglica. La causa primitiva di questa proliferazione sarebbe l'atrofia e la scomparsa isolata di certe cellule ganglionari.

Nel 1906 ALZHEIMER avendo trovato un eguale reperto in una malata di 56 anni e non demente senile, ritenne che esso fosse il substrato istologico di una malattia mentale, ancora sconosciuta. Su preparati alla BIELSCHOWSKY, ALZHEIMER ha trovato una degenerazione speciale delle cellule nervose della corteccia, i cui caratteri principali consistono in un raggrinzamento delle neurofibrille che sopravvivono alla scomparsa della cellula per modo che in luogo di queste non si vedono più che dei gomitoli o dei canestri costituiti dai residuati delle fibrille stesse. Non avendo trovato in tale malata sintomi di lesione a focolaio nè affezione paralitica, sifilitica o arteriosclerotica, ed il quadro clinico non essendo affatto simile a quello della demenza senile, A. credette perciò di trovarsi di fronte ad una malattia sconosciuta.

Finalmente comparve il primo lavoro di FISCHER nel 1907 che considera le placche senili come patognomoniche della presbiofrenia. In questo lavoro FISCHER espone i risultati dell' esame di un gran numero di cervelli senili, studiati col metodo BIELSCHOWSKY che egli considera come il più adatto per mettere in evidenza le placche senili. Su 16 casi di demenza senile egli ha trovato queste formazioni in 12: mentre mancano in

45 casi di paralisi progressiva, in 10 di psicosi «anorganiche» e in 10 cervelli normali. Egli descrive fin d'allora certe particolarità di queste formazioni, come la proliferaziene a clava del cilindrasse. Conchiude che le placche sono delle inclusioni estranee, ricordanti una necrosi e che provocano delle modificazioni proliferative da parte delle neurofibrille vicine. Per la somiglianza di molte di tali placche con le formazioni di actinomices, FISCHER le designa col nome di *drusige Nekrosen*. Conchiude ancora che queste placche mancano nella demenza senile semplice e sono patognomoniche della presbiofrenia. In un secondo lavoro (1908) l'A. trova che su 37 demenze senili le placche mancano in 9 demenze senili semplici, mentre sono costanti negli altri 28 casi di presbiofrenia; mancano ancora in altre psicosi quantunque vari soggetti di queste ultime abbiano passati i 60 anni di età.

BONFIGLIO nell'esame di un suo caso, si unisce all' idea di ALZHEIMER: Hübner nell'esame di 37 cervelli di dementi senili, encefalomalacie, epilessie tardive, deliri persecutivi senili, arteriosclerosi cerebrale trova una relazione abbastanza costante fra le placche, (che ritiene come dei depositi di prodotti catabolici) ed i vasi e giudica che le placche non esistono solo nella demenza senile ma, come egli stesso ha trovato, possono esistere in qualsiasi cervello che abbia sorpassato i 50 anni ed abbia sofferto di una malattia mentale o cerebrale.

PERUSINI (1909-1910) studiando quattro cervelli senili con i metodi più adatti per mettere in speciale rilievo i prodotti di disfacimento cellure (Abbauprodukte) non ha trovato la proliferazione a clava dei cilindrassi e porta nel suo lavoro le seguenti conclusioni principali:

1) La prima fase delie placche consiste in una modificazione del reticolo nevroglico plasmatico nel quale si trovano delle inclusioni granulari e corpuscolari differentemente colorate come pure i filamenti che si colorano molto bene col BIÈLSCHOWSKY.

2) A lato delle placche si osservano delle modificazioni particolari delle cellule nervose (ispessimento e modificazione delle neurofibrille (grobfaserige Fibrillenwucherung).

3) Le placche non sarebbero specifiche per la presbiofrenia.

Per quanto riguarda la produzione e la costituzione delle placche, PERUSINI ritiene che in seguito alla scomparsa del tessuto nervoso si produca molto probabilmente una condensazione del reticolo nevroglico nel quale si depositano dei prodotti anormali del ricambio (pathologische Stoffewechselprodukte) la cui natura è ancora sconosciuta. Il tessuto nevroglico circostante reagisce di fronte a queste inclusioni con la formazione di grand cellule di nevroglia, che emettono talvolta abbondanti fibre che incapsulano il focolaio. Il PERUSINI non ammette che le placche derivino dalle cel-

lule nervose modificate ma suppone che esistano delle relazioni fra le modificazioni fibrillari e la loro formazione. Ignora la natura di queste relazioni. Le reazioni microchimiche gli hanno dato in parte dei risultati incerti (grasso, glicogeno) altre sono state del tutto negative (colloide, fibrina, acidi grassi). Non può pronunciarsi sulla natura delle placche nè su quella delle abbondanti granulazioni fucsinofile. L' aspetto radiale sarebbe dovuta ad una sostanza cristalloide speciale.

OPPENHEIM trovò le placche in 2 dementi senili, 2 presbiofrenici e 2 normali; abbondantissime in un uomo di 70 anni morto di cancro allo stomaco. Sarebbero più abbondanti nei lobi frontali e temporali e la presenza di un vaso vicino ad esse sarebbe quasi costante. La nevroglia è riccamente proliferata attorno alle placche le quali risulterebbero dal deposito di una sostanza ancora sconoscinta.

Quasi contemporaneamente, infine comparvero 2 lavori, uno di SIMCHOWICZ (1911) nel quale l' A. si occupa della istologia della demenza senile, l' altro di FISCHER (1910) che ha per base la delimitazione clinica e anatomica della presbiofrenia.

SIMCHOWICZ studiando 108 cervelli di vecchi normali e patologici di età dai 63 ai 104 anni, più un cervello di cavallo di 22 anni e 2 di cani di 12 e 17 a. trovò che le cellule nervose dei dementi senili presentano frequentemente la degenerazione grassa; sopratutto quelle degli strati superiori, che finiscono per scomparire. Esse presentano ancora una trasformazione granulare del loro protoplasma come pure le trasformazioni fibrillari di ALZHEIMER. Queste lesioni sono più manifeste nei lobi frontali e nel corno di Ammone.

La nevroglia presenta modificazioni proliferative e regressive: fino a un certo punto la presenza di abbondanti piccoli nuclei nevroglici oscuri e sopratutto l' accumulo di sostanze lipoidi nel protoplasma delle cellule nevrogliche, sono particolari della demenza senile.

L' A. non può dare una spiegazione sicura della natura delle placche: osserva che si trovano egualmente nei cervelli di vecchi normali ma che tuttavia esse sono molto più abbondanti nella demenza senile. È probabile, secondo S., che dopo la distruzione del tessuto nervoso si produca una condensazione nel reticolo nevroglico ed in questo si depositino dei prodotti patologici del ricambio fra i quali appariscono degli elementi fagocitarii nevroglici (gliöse Abräumelemente). I cilindrassi vicini presenterebbero delle modificazioni degenerative e proliferative. Queste placche sarebbero caratteristiche dell' involuzione senile della corteccia e sopratutto della demenza senile: quest' ultima del resto non sarebbe che un acceleramento ed una esagerazione dell' involuzione fisiologica della corteccia.

FISCHER nel suo ultimo lavoro dà una descrizione molto dettagliata

delle varie tappe di formazione delle placche e dimostra che esse cominciano con delle piccolissime stelline (2 micron) situate in un tessuto nervoso ancora normale.

Egli considera gli 8 stadi seguenti:

1. Stadio delle formazioni stellate.
2. » della stella dell' alba.
3. » raggiato.
4. » a piccole strade.
5. » a gomitoli a fibre spesse
5. » di distruzione della parete vascolare.
7. Stato di distruzione delle placche.
8. Infiltrazione diffusa del tessuto nervoso per opera delle masse fibrillari.

Per tutte queste considerazioni, che FISCHER ritiene come fasi differenti di uno stesso processo, egli propone il nome di « *Sphaerotrichia cerebri multiplex* » espressione che deve significare che si tratta solamente di una formazione rotonda con dei filamenti. Nel suo lavoro l'A. arriva alle seguenti conclusioni:

1. Le placche rappresentano per la patologia e per la fisiologia un processo completamente nuovo.
2. Sono formate da conglomerati di filamenti molto fini. costituiti da una massa estranea al sistema nervoso.
3. Esse ledono il sistema nervoso, ma raramente lo distruggono.
4. Le placche provocano raramente una proliferazione dei cilindrassi e delle fibrille.
5. Non provocano reazioni infiammatorie.

Per delucidare il significato clinico delle placche, FISCHER ha esaminato 111 casi di psicosi al di là di 50 anni (esclusa la p.p.), 30 casi al disotto di 50 anni, 110 casi di paralisi generale di ogni età: 15 cervelli normali fra i 15 - 50 a. e 9 cervelli di vecchi sani di spirito fra i 65 e i 93 a. di età. Arriva sempre alla conclusione ehe la sferotrichia non solo costituisce una alterazione del tutto speciale del cervello, ma che si tratta di una affezione cerebrale ben definita dal punto di vista clinico e anatomopatologico, cioè di una psicosi classificabile col nome di *demenza presbiofrenica*.

In occasione di un nuovo caso ALZHEIMER discute ancora una volta le particolarità istologiche delle placche e il loro significato clinico, sopratutto dal punto di vista della demenza senile. Distingue due porzioni. Nella placca: una centrale, il nucleo: una periferica, il contorno. Il nucleo non è filamentoso, ma è una formazione più o meno sferica, quasi omogenea, portante alle volte, nella sua periferia, dei crepacci. In questo suo caso

il nucleo era ricoperto da granulazioni lipoidi che si coloravano in rosso con lo scarlatto. L' A. si unisce a FISCHER e PERUSINI ritenendo il nucleo delle placche come una massa organica che non può, per ora, venire identificata con alcuna sostanza finora conosciuta dall' anatomia patologica. Il contorno è più complicato. Col metodo di MANN si vedono ancora delle masse amorfe e dei grani e granuli più o meno colorati.

Le placche non possono essere considerate come prodotti di disfacimento (Abbauprodukte) perchè le piccole sono situate in mezzo a tessuto nervoso perfettamente normale : ma appunto perciò non si può nemmeno parlare di necrosi. É più probabile che il nucleo delle placche risulti dal deposito di un prodotto patologico, mentre il contorno risulterebbe dalla reazione dei tessuti circostanti.

A. conclude che le placche non sono la causa della demenza senile, ma che esse accompagnano solamente l' involuzione senile del sistema nervoso centrale. Esse non sarebbero più l' esponente di un processo patologico speciale, ma si tratterebbe in genere di psicosi senili, di forme atipiche di demenza senile.

COSTANTINI ha pubblicato la storia di un vecchio di 105 anni, di salute fisica e mentale eccellente e che egli definisce come il tipo del centenario normale. Ebbene in questo la corteccia era disseminata di placche senili: molte cellule presentavano una certa atrofia macroscopica e, al microscopio, si osservavano una proliferazione relativa dei vasi e la lesione recentemente descritta da CERLETTI. Attorno a certi vasi esistevano numerosi linfociti e plasmacellule.

Le cellule nevrogliche contenevano del pigmento grassoso e dei prodotti di disintegrazione: il reticolo nevroglico sottopiale era abbastanza ispessito. L' A. conclude che non esiste una differenza sostanziale fra la senescenza normale e la demenza senile.

Esposta così la storia delle placche senili, l'A. dice che le varie concezioni fatte dipendono dalla varia tecnica utilizzata e che il primo vero progresso nella loro interpretazione si é fatto solo quando il FISCHER applicò il metodo di BIELSCHOWSKY. Il MARINESCO per ottenere il reperto anche dei depositi più insignificanti e di qualche filamento anche isolato propone, insieme ad altri metodi (CAJAL e fissazione all' alcool ammoniacale; DADDI HERXHEIM e ALZHEIMER VI per gli *Abbauprodukte*) il seguente:

1. Fissazione in formolo 10 o|o: blocchi di 2 mm.
2. Alcool a 96 per 12 - 24 h.
3. Lavaggio all' acqua distillata, nitrato d'Ag. 1, 5 o|o con 10 o|o di piridina alla stufa a 39° per 24 - 48 h.
4. Lavaggio rapido all' acqua distill: riduzione per 10 - 12 h in:

Acido pirogallico 2 o|o - 90 cm.³
Piridina 10 »

5 Lavaggio all' acqua distillata per alcune ore: sezione con congelamento o disidratazione, inclusione ecc.

Riporta in fine la minuta descrizione istologica della corteccia e delle placche in due casi: uno di demente postapoplettica di 54 a. ed un altro di una vecchia demente di più di cento anni: e per questa descrizione molto interessante per vari punti, rimandiamo il lettore al lavoro originale corredato da 4 tavole con numerose figure molto dimostrative.

Concludendo, il Marinesco conviene nel riconoscere che noi ci troviamo di fronte ad un processo affatto particolare, che differisce da tutto ciò che noi conosciamo finora nel cervello, e la cui natura e genesi potranno essere svelate quando avremo trovato il modo di riprodurlo sperimentalmente.

Tuttavia, in base al diverso contegno di fronte ai varii fissatori e metodi istologici, l' A. ritiene che la sostanza costituente l' elemento primordiale delle placche senili sia un precipitato di elementi chimici che si dispongono nel tessnto corticale in seguito ad un disturbo nell' equilibrio colloidale, sotto forma di bastoncini e filamenti ammassati, aggrovigliati tra loro o più o meno liberi. Il colloide precipitato, o gel, si forma in virtù di un fenomeno vitale in rapporto ad un disturbo del metabolismo o della disassimilazione che favorisce la precipitazione di questa materia in seno alla corteccia. Bisognerebbe ancora ammettere che questa sostanza si trovi in stato di opportunità di precipitazione e che la causa che la produce eserciti la sua azione in misura progressiva. Conformemente a questa concezione non si può mantenere più il nome di sclerosi miliare, perchè la reazione nevroglica che si osserva in alcuni casi non é che un fenomeno secondario. D' altra parte il M. osservò, eccezionalmente, è vero, la presenza di piccoli noduli costituiti essenzialmente da reazione nevroglica: fenomeno che non ha nulla a che fare con le placche senili. Sulla materia chimica di questo principio non si possono fare che ipotesi: tuttavia date le reazioni chimiche ottenute dall' A. non si tratterebbe di sostanze cristalline e cristalloidi ma piuttosto forse di lipoidi appartenenti alla classe dei mono-amino-fosfatidi e degli amino-lipoidi.

Levi Bianchini.

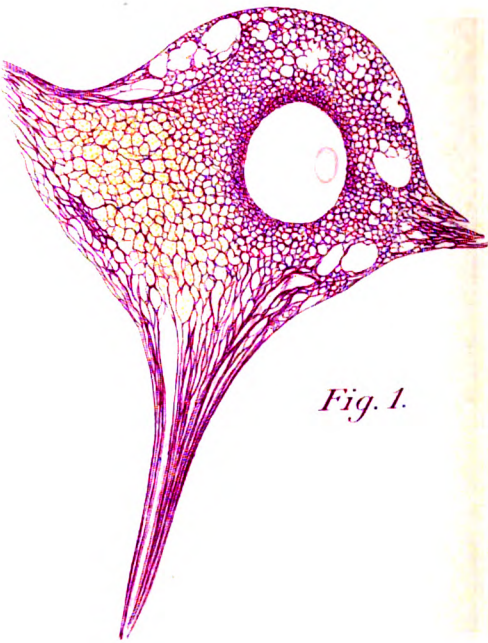



Fig. 1.
Fig. 2.

Fig. 3.
Fig. 4.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 8,00
	Estero	» 10, 00

Un numero separato . . . . » 3, 50

L'annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Francesco Lener, (Primario) Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.

Anno XXVII N. 2-3

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1912

INDICE

Memorie Originali

Bibliografie

Manicomio Provinciale di Genova in Cogoleto
diretto dal Dott. G. De Paoli

A proposito di un caso di SINDATTILIA

PEL

D.r Giuseppe Vidoni

Nel metodico esame antropologico degli ammalati di mente appartenenti alle provincie di Genova, di Treviso e di Udine più di una volta mi è stato possibile osservare casi di sindattilia, non però con una grande frequenza. La percentuale se è di fatto un po' superiore a quella del Carrara, che ha trovato su quattrocento osservazioni nei criminali l'anomalia nella proporzione dello 0, 42 per 100, è anche inferiore di molto a quella del Penta, che ha riscontrato la sindattilia nel 6 per 100 dei numerosi individui da lui studiati.

Più facilmente ho potuto invece rilevare accenni rudimentali di sindattilia, fatto che imprime l'aspetto di riduzione delle dita e che è stato pure messo in evidenza dal Penta che lo interpetra come significazione di forma inferiore, abbastanza facilmente riscontrabile nei popoli negri di certe regioni.

Una mano lunga e sottile insegna E. Morselli non sarebbe « carattere progressivo se non vi fosse l'accresciuta indipendenza delle appendici digitali. »

La sindattillia secondo che comprende o non tutta la lunghezza delle dita si chiama completa od incompleta, alla sua volta divisa in terminale o commisurale a seconda che si osserva all' estremità terminali od alla radice delle dita.

Le alterazioni funzionali, che provoca rivestono carattere di maggiore gravità quando l'anomalia assume la forma terminale.

Può riscontrarsi sola, ma nella metà dei casi è associata ad al-

tre anomalie: in quanto alla frequenza è maggiore ai piedi che alle mani.

La denominazione, già in uso nella zoologia, è stata per la prima volta applicata all' uomo da Geofroy Saint-Hilaire il quale ha collocato l'anomalia tra le « hèmiteries », tra le anomalie cioè che pur costituendo una deformità, non sono incompatibili con la vita.

Su la sua «dignità» mentre alcuni pensano ad un significato patologico o teratogeno, altri sostengono un' origine atavica mentre altri ancora restano dubbiosi tanto più che un' organizzazione morfologica simile può aversi contemporaneamente in parti più centrali.

. · .

Nella bibliografia antropologica gli studi su le anomalie delle estremità non difettano. Perciò soltanto come semplice contributo e per qualche considerazione ho pensato di riferire sul caso benchè, a sentir qualcuno, possa sembrare oggi roba da antiquari.

Leone S. fu Giuseppe di anni 48. Non si hanno notizie intorno ai congiunti lontani. Il padre viene descritto come frenastenico, la madre vive ed è cardiopatica da moltissimi anni. Un fratello è stato ricoverato in Manicomio per un episodio di depressione con tentativi di suicidî e mostra evidente povertà di sviluppo mentale.

Il paziente all' età di venti anni circa ha incominciato a mostrar eccentricità notevoli, facilità ad eccitarsi, ipertrofia della propria personalità con convinzioni strane su la sua capacità letteraria ed interpretazioni egocentriche persecutorie.

L'abuso di sostanze alcooliche fatto in questi ultimi quattro, cinque anni accrebbe maggiormente la sua già facile eccitabilità tanto che si è reso necessario l' internamento in manicomio andando egli per le strade a gridare, ed insolentire chi credeva causa delle sue disgrazie, i parenti, le autorità.

All'esame si riscontra: lobulo dell'orecchio aderente, più a sinistra che a destra; tubercolo di Darwin bene sviluppato; palato ogivale profondo; ernia inguinale sinistra; alluce molto sviluppato; sindattilia. Infatti mentre

le dita della mano destra sono regolarmente conformate con tutte le articolazioni libere e indipendenti, a sinistra invece si riscontra il medio e l' anulare fra loro strettamente uniti da una membrana interdigitale che interessa lungo la prima e la seconda falange le dita imprimendo a queste una posizione di leggiera flessione. In tutti e due i piedi si osserva inoltre una stretta unione del secondo e terzo dito.

Interessante a ricordare subito che il paziente ha due figlie una di dodidici, l'altra di quattordici anni, nelle quali è dato pure di osservare la stessa forma di sindattilia ai piedi. Una poi presenta, a detta dei congiunti, anche mentalità non normale. Non mi è stata possibile accertare se fra gli altri parenti esiste qualche altro caso della stessa anomalia nè di sapere se si trovava nel padre.

Si tratta dunque di sindattilia bilaterale ai piedi, unilaterale alle mani, in un soggetto, che ha avuto dai genitori un patrimonio biologico infausto e che presenta non poche tare nella sua personalità somatica e psichica.

In principio si è accennato alla frequenza della sindattilia, alla possibilità di trovarsi insieme ad altre anomalie, alle varie ipotesi intorno alla sua origine.

Ricordiamo ora come le dita nel periodo di formazione sono riunite da un tessuto interdigitale, che imprime loro un aspetto palmato sino a che non avviene la regressione della membrana, che procede dall' estremità libera verso la radice delle dita con rapidità maggiore nelle mani che non nei piedi dove lo sviluppo è più lento.

Da questi dati forniti dall' embriologia e da quelli ricavati dall'anatomia comparata cercano di trarre appoggio i sostenitori del significato atavico reversivo della sindattilia nell' uomo. Le ragioni « di biogenesi — scrivono Mannini e Mariani — ci fanno vedere come nell'embrione, che si sa riassumere nei vari periodi della sua evoluzione le varie fasi di sviluppo della specie, solo alla settima settimana di sua vita compaiono i solchi interdigitali, che danno luogo alla separazione delle dita già prima saldate.» Ad un'affermazione così assoluta nel suo significato generale, gli egregi autori forse oggi farebbero qualche riserva, perchè sono note le aspre critiche, che si sono rivolte alla famosa legge biontogenetica di Fr. Muller - Haechel ed è noto anzi come Haechel stesso abbia ammesso qualche attenuazione al rigorismo della

prima enunciazione, difendendo però in questa la realtà, che contiene.

Senza dubbio sui soli documenti ontogenetici non è possibile ricostruire la serie dei nostri ascendenti e « noi dobbiamo ricorrere — scriveva molti anni or sono ENRICO MORSELLI — ad illuminare l'embriologia con la paleontologia, la successione delle fasi dello sviluppo individuale con la successione delle forme fossili ». Che la legge di FR. MÜLLER-HAECHEL non si possa però seppellire ben ammonisce di nuovo MORSELLI con lucidi esempi tratti dalla neuropatologia.

L'interpretazione di certi fatti non si può avere senza ricorrere alle leggi dell'ontogenia e filogenia, che alla loro volta si illuminano dai dati dell'anatomia comparata.

Tornando alla sindattilia abbiamo visto come essa nella sua forma rudimentale costituisca un carattere frequente fra alcuni selvaggi. L'anatomia comparata poi ci mostra che in alcuni animali inferiori, come in certi uccelli, nei marsupiali, nei cetacei, in alcune scimie l'unione delle dita è carattere costante. Interessante per il nostro caso è inoltre il notare come nello Hylobates Syndactilus siano uniti il secondo e il terzo dito.

La circostanza che la sindattilia si riscontra più di frequente ai piedi che alle mani potrebbe essere pure un altro argomento in favore della teoria reversiva - atavica, perchè prendendo in considerazione i vertebrati inferiori troviamo la presenza di sindattilia più frequente nelle estremità che corrispondono ai piedi dell'uomo.

PIANETTA avvertiva un fatto analogo a proposito della polidattilia, che si manifesta invece più frequentemente nelle membra superiori. Ciò sarebbe in armonia con quanto si osserva in un grande numero di mammiferi, nei quali le dita sono in maggiore numero nelle zampe anteriori (cani, gatti ecc.)

Lo stesso ripeteva recentemente COSTANTINI.

La sindattilia, come abbiamo veduto, alle volte non si trova sola, ma può apparire associata a brachidattilia , a monodattilia, a polidattilia. Questa circostanza, se da qualche autore è portata in sostegno del significato ancestrale del fenomeno, trovando esso riscontri in forme inferiori di animali, da altri invece è stata invocata come dimostrazione di malformazioni embrionarie, teratologiche.

L'importanza di queste ultime del resto è ben presente a tutti.

Così MORSELLI — e non mi estendo in altre citazioni — ci insegna appunto che se l'eptadattilia (per fermarci allo studio delle estremità) e l'esadattilia sono fenomeni atavici non si può dire altrettanto della decadattilia rientrando piuttosto questa nella teratologia.

Nell' interpetrazione della sindattilia si riscontrano pertanto le stesse incertezze, che si osservano nella valutazione della polidattilia. Anzi è opportuno per ciò fermarci un momento su questo. Senza riandare alle varie opinioni e discussioni dibattute su tale anomalia ricordiamo la distinzione del BLANC, che è quella accettata oggi quasi da tutti. Il BLANC ha separato nella polidattilia tre categorie: 1° polidattilia atavica, 2° polidattilia teratologica, 3° polidattilia eterogena.

Per il LEGGE, che accetta la classificazione del BLANC « la polidattilia è caratterizzata dal trovarsi il dito sopranumerario o al di là del quinto o al di là del primo dito, mai intercalato fra le dita normali. Si osserva qualche volta un dito formato di due falangi, intercalato qualche volta fra due raggi digitali normali, con i quali esso non ha alcuna connessione nè ossea, nè legamentosa, nè tendinea, ma solo un semplice rapporto di vicinanza; in tal caso non si può ammettere una schistodattilia per mancanza di ogni dato di anatomia che ce lo dimostri e neanche l'atavismo per il posto occupato dal dito sopranumerario. Si tratta allora di polidattilia eterogena. Un eccessivo afflusso di liquidi nutritivi sarebbe la causa ultima della polidattilia atavica e della schistodattilia; del resto un'esuberanza di nutrizione è anche necessaria per la polidattilia eterogena. »

A questo concetto del LEGGE sono state fatte delle obiezioni. Scrive anzi il PETRAZZANI che l'invocato eccessivo afflusso di liquidi nutritivi non risolve il quesito sia perchè « lo stesso maggior afflusso può essere provocato primitivamente da un'anomalia dei nervi o dei vasi o da uno stato di loro irritazione, ai quali dovrebbe quindi, in fondo, essere riferita la genesi del fenomeno » sia perchè « per recenti prove sperimentali sembra prender consistenza il sospetto che la polidattilia possa talora dipendere da compressioni lineari operate da filamenti amniotici. »

Obiezioni indubbiamente ricche di valore per la realtà della loro consistenza. Se però l'ipotesi di un eccesso di liquidi nutritivi non può essere sufficiente per spiegare la nuova forma di organizzazione rimane sempre il fatto che, sia per uno sia per altro meccanismo, in

molti casi siamo realmente di fronte ad un' esuberanza di liquidi nutritivi, i quali così provocano l' aumento di una parte e perciò conserva valore il fenomeno opposto, che, secondo LEGGE, può invece essere invocato a favore della sindattilia, dove si tratta forse di un difettoso afflusso di liquidi nutritivi.

Prima di procedere è bene ricordare come per la sindattilia congenita a priori si possa fare la stessa separazione, che si pratica per le altre anomalie, come cioè si debba in parte riportarla tra le forme acquisite, manifestatesi dopo la separazione delle dita e in parte fra le forme , nelle quali l' anomaila è causata da un perturbamento agente nella fase di formazione. Quest' ultima è quella, che interessa maggiormente essendo per la prima palese l' origine morbosa, spesso in rapporto a briglie amniotiche provocate non di rado da fattori meccanici. Non vuole del resto ciò dire che si debba in questi casi trascurare le eventuali turbe che possono entrare in giuoco, giacchè esse sono sempre di grande valore nell' organizzazione dell' essere.

Ma per la sindattilia non acquisita che si deve pensare ? Indubbiamente si tratta di un arresto di sviluppo. Ma con ciò ben poco in verità si guadagna nella spiegazione: importa difatto conoscere quali sono le cause ed il loro meccanismo. ROBLOT in un suo lavoro sulla sindattilia discute a lungo su questo capitolo: per il nostro caso a me però sembra che si rimanga nel campo del vero invocando l' eredità generica morbosa, la quale può avere prodotto un turbamento nella attività cellulare manifestatosi probabilmente con il meccanismo, che suppone il LEGGE.

Sappiamo oramai nettamente che cause fisiche o chimiche (tossiche) hanno il potere di agire sull' uovo fecondato alterando il suo sviluppo e sappiamo altresì che per malattie dei genitori nei figli si possono numerosi riscontrare i caratteri degenerativi (esponente di un patrimonio ereditario intaccato) caratteri che possono manifestarsi nelle sedi più varie e con forma ed importanza diverse, con significato però indubbio (di fronte al problema biologico se non a quello pratico) nel quale rientra appunto anche la sindattilia quando appare con le modalità del nostro caso.

Come si spiega poi il fatto che la sindattilia si osserva più di frequente tra il secondo ed il terzo dito del piede come appunto si vede nel nostro paziente e nelle sue figlie ?

Con ogni probabilità qui siamo di fronte alla forza del *philum*, che vince quella dell' ontogenesi e riproduce un carattere nettamente inferiore, proprio, come abbiamo veduto, dell' Hylobates sintattilus.

* * *

Il significato ancestrale della forma di sindattilia congenita non legata a cause meccaniche infiammatorie e morbose in genere è indubitato. Esso è un fenomeno morfologico, che attesta un arresto avvenuto nella trasformazione del protoplasma primordiale dell' organismo umano, arresto dovuto o a deficenza primitiva del potere plastico per cause degenerogene nei genitori o ad intervento patologico per cause sopravvenute dopo l'unione del germe paterno con quello materno.

La sindattilia, come qualsiasi altro segno degenerativo, può riscontrarsi in persone ritenute sane, essa però, come altri ha dimostrato è più frequente nei criminali e nei pazzi.

E questo a me sembra che non ostante tanto amore di demolizione meriti di essere tenuto ancora in considerazione. Non dobbiamo dimenticare che nell' esame dell' ammalato si deve tener conto di tutti i dati che ci possono illuminare su la personalità dell' individuo. Le stigmate degenerative indubbiamente hanno goduto di troppe simpatie, ma se a loro si è dato nel somatismo degli individui troppo valore e se è vero che tali « e tante sono state le esagerazioni cui ha dato luogo l' entusiasmo per la dottrina della degenerazione che tutti sentiamo per questa una profonda diffidenza » non è meno vero che le « stigmate sieno un elemento morfologico di alterata costituzione e perciò un indice, che non deve essere trascurato dimostrando sempre esse un turbamento nell' ordine evolutivo. »

Sieno questi segni « d'origine patologica, siano di natura degenerativa », come da tanto tempo ha insegnato a dividerli MORSELLI, essi possono (non dico debbono) illuminarci su le disposizioni dell' individuo in esame e tanto più quando indicano nettamente un arresto di sviluppo, poichè se anche il meccanismo è diverso l' effetto è identico.

Essi infatti ci dicono che si tratta di una deficienza di sviluppo e ci mettono per questo sull' avviso di una possibile concomitante deficienza di organizzazione e di resistenza del sistema nervoso, di una possibile *abiotrofia* generale.

Quando la forma poi ha tendenza, come nel nostro caso, a diventare ereditaria accresce la sua importanza. L' influenza del fattore ereditario appare allora evidente e l'eredità del nostro campo rimane sempre la *causa causarum*. Essa sta a significare che qualche cosa di speciale si è introdotto nell' organismo, che potrà essere corretto e vinto da influenze contrarie, ma che rappresenta sempre l'influenza pregressa di uno speciale agente.

Conchiudendo nella *sindattilia congenita* di fronte a casi in rapporto con cause morbose, che arrestano lo sviluppo dell' essere in un punto della sua evoluzione è necessario ammettere pure un gruppo di casi nel quale l' azione morfologica sta ad attestare una deficienza primitiva del potere plastico.

NOTA BIBLIOGRAFICA

Un' ampia bibliografia intorno alla sindattilia si trova nel lavoro del *Roblot*: « La syndactilie congénitale » Paris. Imprimerie Maulde, Doumem et C.e, 1906.

Vedi inoltre: *Battistelli*. Piede prensile ed esodattilia. Arch. di Psich. Medic. Leg., ed Antr. Crim. Vol. XXI. Anno 1900.

Brugia. I problemi della Degenerazione. Bologna. Nicolò Zanichelli 1906.

Carrara. Di alcune anomalie scheletriche nei criminali. Giorn. della R. Accademia medica di Torino N. 7. Anno 1892.

Costantini. Considerations sur la valeur morphologique de la Polydactylie. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière 24e année. N. I. 1911.

Ferrarini. Infantilismo non distiroideo. --- Riforma medica num. 23 - 24 - 25. Anno XIX 1903.

Giuffrida Ruggeri. Sulla dignità morfologica dei segni degenerativi. Roma.

Mariani e Mannini. Intorno ad alcune note teratologiche delle mani e dei piedi. Arch. di Psich. Med. Leg. ed Antr. Crim. Vol. XXV. Fasc. IV. 1904.

Morselli. L' antropologia Generale. Unione Tipogr. Editrice Torinese. Torino 1887-1911.

Morselli. I problemi odierni della Neuropatologia. Atti del II Congresso della Società Italiana di Neurologia. Genova 1909.

Petrazzani. Degenerazioni umane. Milano. Vallardi 1911.

Penta. Di alcune più importanti anomalie e del loro significato reversivo nelle mani e nei piedi dei delinquenti. Arch. di Psich. , Scienze Penali ed Antr. Crim. Vol. XVI. Fasc. IV - V. Anno 1895.

Pianetta. Sulle anomalie delle estremità nei pazzi. Arch. di Psich. , Neur. , Ant. Crim. e Med. Leg. Vol. XXVIII. Fasc. IV - V. Anno 1907.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

L'OMOSESSUALITÀ NELLA DONNA

PEL

Dott. Rodrigo Fronda

Ormai è noto che le anomalie della vita sessuale son sempre esistite e in tutti popoli, che anzi, dice Ivan Bloch, esse sono molto frequenti, e le considera come un fenomeno antropologico universale.

Egli è d' avviso che la omosessualità non sia una condizione congenita, e che sostanzialmente sia causata dalla seduzione e dalla imitazione, ritenendola così un'alterazione semplicemente acquisita dell'istinto sessuale.

Ma a questa opinione del grande studioso di psicopatie sessuali si può opporre con lo Schickert che, pur rintracciandosi come causa la seduzione in quasi tutti i casi di omosessualità, non si spiegherebbe come tra diversi individui trovantisi nelle stesse condizioni ed esposti alle stesse influenze di seduzione ed imitazione, alcuni diventano subito omosessuali, altri non lo diventano mai. E questi spiega il fatto ammettendo, oltre il fattore esterno, uno intrinseco, individuale, che si risolverebbe in una speciale condizione congenita ed uno speciale modo di essere dell' organismo. Conclude logicamente che l'omosessualità può essere in certi casi una semplice varietà naturale, non morbosa, dell'istinto sessuale, in altri una degenerazione congenita ed in altri finalmente una condizione del tutto acquisita. A spiegarci facilmente le molte aberrazioni della sessualità, il Weininger, riportandosi allo sviluppo embrionale, emise la teoria che nessun individuo può dirsi completamente maschio o completamente femmina, ed in ogni uomo c' è qualche cosa di femmineo, come in ogni donna qualche cosa di mascolino, congiunti e segnati da infiniti stadî di passaggio. Teoria

veramente adombrata già prima dall' ARDINGHELLO di HEINSE, da MAGNUS HIRSCHFELD e da altri.

Ma, tornando al BLOCH, questi dice che la degenerazione non può essere assunta come principio inconcusso nei giudizi e nelle ricerche sulle perversioni sessuali, come ha fatto il KRAFFT-EBING, ma essa rappresenta solo una favorevole disposizione, che ne agevola la comparsa e ne aumenta la frequenza.

Ed egli, col conforto di lunghi studi e di una ricca casuistica, assicura che tra le aberrazioni sessuali l'omosessualità pura è la più frequente, e, fino ad un certo punto, indipendente dalla degenerazione e dalla civiltà, congenita od acquisita. La prima dura tutta la vita, cominciando a delinearsi fin dalla fanciullezza; l' altra è tardiva e si sviluppa in individui eterosessuali, costituendo appunto una pseudomosessualità, ed è questa che, secondo lui, è più frequente nelle donne che nell'uomo. Aggiunge che l'omosessuale congenita tipica è, rispetto a tutte le tribadi, in minime proporzioni, e si distingue dalle compagne eterosessuali per l'aspetto esterno e per certi caratteri fisici, come lo sviluppo minore del petto, la minor larghezza del bacino, la comparsa di barba, la voce bassa.

Il KRAEPELIN riferisce che le donne omosessuali in genere si distinguono per le tendenze ad un portamento maschile, per fumare, per bere, per fare scherzi sfrenati, pel modo di vestirsi, di pettinarsi, e via dicendo. Ed il SELVATICO ESTENSE in un articolo intitolato « Donne — Uomini » riporta molti casi di donne che abitualmente ed in circostanze diverse si mascherano da uomini, ed osserva come in molte di queste predomina la nota dell' omosessualità.

Il CANTARANO, che ha fatto un bello studio sull' inversione e pervertimento dell' istinto sessuale, nota come molti casi d' inversione cominciano ordinariamente nei convitti come inversione pura, e si trasformano nel vivere sociale in inversione mista, in forza del matrimonio o del meretricio per bisogno economico.

La genesi, secondo le idee del compianto Prof. PENTA, è la seguente: all' epoca della pubertà i desideri sono indeterminati, e non vi è in fondo che il solletico del tatto o di qualche altra sensazione semplice, che allora si specializza, si associa a quel desiderio vago, chiedendo la sensazione piacevole di una certa freschezza e più in là forse di una certa resistenza di carne umana; e non si tratta di

desiderio per un individuo di sesso opposto, ma di un altro qualsiasi capace di dar quelle sensazioni. Nei collegi maschili come nei femminili, dice sempre il PENTA, si hanno gli amori omosessuali o amicizie forti e tenaci come nel primo amore di uomo per donna. Il ragazzo o la ragazza, che non vede da vicino la persona di sesso opposto, ma solo il compagno o la compagna dalla tinta rosea e dalla pelle fresca e delicata, dalle carni rotonde e morbide, se ne innamora, salvo a correggersi dopo, secondo la sua speciale natura.

Il Dott. GARNIER trova necessario distinguere nettamente questa forma di semplice vizio dalla inversione genitale, che egli definisce perversione totale dell' istinto genetico a forma ossessiva ed impulsiva, implicante una tendenza omosessuale irresistibile e generalmente così esclusiva che solo il proprio sesso è capace di svegliare l'orgasmo venereo; e la gelosia dell' invertito produce talvolta grave reazione.

Analogamente il WACHENFELD distingue l' omosessualità dalla sessualità contraria: la prima è più generica e significa tendenza allo stesso sesso, la seconda ha un senso più ristretto, escludendo ogni tendenza ad altro sesso, ed è questa sola che deve considerarsi come morbosa, mentre la prima per lo più è acquisita, raramente congenita.

Medico nel Manicomio Interprovinciale V. E. II in Nocera Inferiore da oltre un ventennio, ho avuto sempre a notare che mentre tra i ricoverati sono frequenti gli atti pederastici, tra le ricoverate la omosessualità è meno frequente; e per contrario la pederastia è rarissima tra gl' infermieri, mentre è un fatto quasi abituale il tribadismo tra le infermiere.

È utile premettere che il personale disciplinare del detto manicomio è reclutato quasi esclusivamente nella classe agricola ed operaia, e tra giovani dell' età dai 18 ai 22 anni in media, salvo rare eccezioni di età maggiore, e che gli uomini possono essere ammogliati, le donne debbono essere nubili o vedove senza prole.

Si comprende che i giovani infermieri, che hanno passato la pubertà tra i lavori campestri e le officine, non hanno acquisito perversione sessuale, come avviene nei convitti od altri istituti di educazione, ma hanno svolto la loro vita sessuale liberamente e fisiologicamente prima con l' onanismo e poscia con la donna, seguitando ad usare di questa durante la vita manicomiale nelle giornate e nel-

le varie ore di libertà, di cui con frequenza usufruiscono, siano celibi od ammogliati. Qualche raro caso di omosessualità è dovuto esclusivamente ad un fatto congenito, ma l'individuo vien subito eliminato dai compagni stessi, che l'obbligano a dimettersi da infermiere.

Non avviene così tra le infermiere, le quali, anch'esse, prima di entrare nell'asilo, non adusate alle pratiche omosessuali, vi trovano le altre che le hanno precedute, già ingolfate nella pseudomosessualità di ambiente, e le imitano poco per volta, stringendo prima forte amicizia con una compagna, con cui, per caso o per elezione, hanno avuto maggior confidenza, e mano mano dall'amicizia si passa alle confidenze intime, ai regali reciproci, agli abbracci frequenti, a dormire insieme nello stesso letto, quando riesca possibile; ed allora tra baci e toccamenti di ogni genere si scivola facilmente nel tribadismo completo, nel quale, si sa, una delle due compagne funziona da maschio, l'altra da femmina.

Tutto questo è facile intuire, ma io posso affermarlo con tutta sicurezza per confessioni avute non dalle infermiere tribadi, ma da qualcuna rarissima esente da tali pratiche, da qualche vedova o da qualche preposta alla sorveglianza, dalle quali ho saputo pure che tra i diversi piaceri che si procurano le infermiere con le rispettive compagne, oltre il bacio, i vari toccamenti ed il solito contatto dei genitali, non manca mai il succhiamento delle mammelle ed il titillamento dei capezzoli con i polpastrelli delle dita, allo scopo di eccitare maggiormente l'orgasmo venereo. E da una di tali persone ho potuto non senza grande difficoltà procurarmi le poche lettere scritte da alcune infermiere alle compagne di piacere, lettere che qui testualmente riporto, correggendo solo i non pochi errori di ortografia.

I.

Cara compagna, cara sorella,

Ho ricevuto la tua lettera tanto da me desiderata, e mi son molto rallegrata nel vedere i tuoi carissimi caratteri e nel sentire che godi ottima salute. Lo stesso ti assicuro di me. Cara sorella, non puoi credere

quanto ti amo e penso pure io a te, e vorrei stare sempre con te; ma la nostra fortuna è questa che dobbiamo stare invece lontano.

Non c' è che fare ci vuol pazienza a soffrire; i cuori che veramente si amano soffrono per la lontananza.

Tu mi hai mandato a dire che non debbo piangere, mentre io non fo altro che piangere, e vorrei morire per non soffrire più; faccio del resto la volontà di Dio, il quale vuol vedere se noi abbiamo pazienza in questa valle di lacrime, dove spesso soffriamo senza consolazioni e piaceri, e solo con amarezze e pene.

Ma Iddio stesso, che è grande nelle opere sue, potrebbe farci riabbracciare un' altra volta. Tu non prenderti collera per la tua sorella, perchè la collera danneggia la salute, ma prega la Madonna di Pompei che mi faccia andare unita con te a Napoli.

Dammi ogni giorno sempre tue notizie e ti mando mille baci ardenti.

Tua aff.ma sorella
M.

II.

Carissima sorella,

Vi scrivo questi pochi righi per farvi sapere che io mi sono accorta che voi mi avete ingannata, ma io sono sempre quella ragazza che non vi ingannerò mai.

Scellerata, mi hai ingannata con un uomo, mentre l'uomo si può sempre trovare e la donna no. Forse m' inganni anche colla donna ? Mi vergogno anche di scriverti. Ti saluto.

III. IV.

Mia cara sorella,

Ti scrivo questa lettera per dirti che io sto bene di salute, e spero sentire lo stesso di te.

Senti, non credevo mai che dopo quattro anni tu m' avessi fatto questo. Dio mi darà un altro po' di forza per soffrire questo dolore che non merito. Tu sei quella che non curi la tua capo - sezione dopo il bene che ti ho fatto? Stasera io son di guardia di prim' ora, e tu che sei libera devi farmi compagnia, se poi devi servire a qualche altra, fa pure il tuo como-

do fuori la piazzetta. Io per te non curo le persone di mia famiglia, sono sempre la stessa per te, mentre tu altro mi dici dinanzi ed altro alle spalle; forse ti sei insuperbita, perchè spendi per comprare specchi ed altri oggetti; ma pensa che io sono fiume sordo, opero e non parlo e se niente debbo avere per me, niente darò alla tua famiglia e poco m' importa che perdo anche la mia vita . . . .

Ti prego di chiamarmi stasera, quando scenderò a fare la guardia, e verrai a farmi compagnia per darmi qualche conforto. Hai capito, traditrice che sei? Farai come io ti dico, e non voglio che mi fai f...., perchè nessuno mi ha ancora burlata. Capisci, mia cara, che io ti amo quanto l' anima mia, e ti amerò fino alla morte? A rivederci dunque, mia cara, ti saluto e bacio.

G.

Angelo del mio cuore,

Baci di cuore. Mi vuoi bene? Non ti scordar di me. Dopo lungo silenzio mi sono azzardata di lagnarmi della persona del mio cuore, perchè sono stanca di soffrire in questo modo. Ma perchè hai il coraggio di non guardarmi più, quando m' incontri? Qual tradimento ti ho io fatto? Amor mio, dimmi se mi ami sempre allo stesso modo. Se io tratto C., non l' ho fatto per cambiarti, ma per vedere solamente che impressione ti faceva la mia condotta. Non attaccarti con altre perchè io sono sempre la stessa, e tu per me sei la vaga stella del mio cuore, tu sei lo splendore, la dolcezza, la ricchezza, la gioia, ed io non ho trovato mai una ragazza come te, sei una vera regina. Mia cara, che bel nome hai, che begli occhiuzzi, che belle guancie, che labbra rosse, che bei capelli castagni, che bella persona. Se si potesse aprire il mio cuore, vi si troverebbe la mia A. fotografata di oro. Se mi levassero la mia A., per me finirebbe la vita, finirebbe la mia gioventù. Fiore di menta....

G.

V.

Buongiorno, come stai? Dimmi presto come stai con la mano. Che dispiacere ebbi ieri sera, quando vidi che tanto ti doleva, e ti avrei voluto guarire con gli occhi! Mi pensi qualche volta? Io non faccio che pensare a te. Vieni almeno quando faccio il mio servizio di pulizia, vieni, chè ti voglio almeno baciare, nè dimenticare quel che tante volte ti ho chiesto di darmi. Hai capito? Bada di non perdere le mie lettere, così nessuno

saprà i fatti nostri. Ma dimmi, non potevo io sposarmi con te? Che rispondi a questa domanda? Fiorellin d' aprile, quando io ti domando se mi vuoi bene e tu mi rispondi di sì, il mio cuore palpita fortemente, come se volesse proprio fuggire dal petto ed unirsi al tuo; il tuo nome in esso ho scritto a lettere incancellabili. Io, se una persona mi proponesse di lasciarti, pena la testa a non farlo, risponderei: taglia la mia testa, ma non lascerò mai quella persona tanto cara. E tu come risponderesti?

Idolo caro del mio cuore, perchè quando mi scrivi dici sempre che il tuo cuore è misero? Allora vuol dire che tieni il cuore misero anche per amarmi. La tua Raffaeluccia il cuore l'ha grande, ricco d'amore per la sua Angiolina. Bellezza mia, ti prego di non mortificarmi, non accettando qualche piccola cosa che ti offro. Angiolina mia bella, se ti maritassi, mi vorresti spesso con te a casa tua?

Scusami se scrivo male perchè sono poco istruita, e alla meglio mi adatto ad esprimerti quanto ti amo; non finirei mai, se non fossi diventata gelata come un cadavere con questo gran freddo, e se potessi, vorrei venire a coricarmi con te. . . . La tua Raffaeluccia ti lascia abbracciandoti e dicendoti: non lasciarmi mai. Ti bacio forte forte sulle labbra, che tanto sono dolci per me, e mi dico per sempre

Tua
R.

VI. VII. e VIII.

Mia cara A.,

Ti scrivo questi pochi righi per mandarti mille augurii e felicitazioni, come il tuo cuore desidera, pregandoti di perdonarmi se non ti ho mandato la cartolina illustrata, perchè tu sai come sto costretta, e che non posso uscire. Il mio cuore é sempre tuo, non dubitarne, quantunque tu speri sempre un bel marito che ti consoli per un' eternità! Ricevi mille e mille baci da chi tanto ti vuol bene, ti penso sempre e non ti dimenticherò mai fino alla tomba.

La tua consorte
R. P.

Cara Compagna,

Sant' Anna ci è contraria, non è vero? Ci hanno sospeso l' uscita, ci hanno tolto la nostra bella libertà. Annina mia cara, non possiamo scambiarci delle paroline, e dirci che ci amiamo tanto. Io te lo dico con questi pochi righi, ed aspetto la tua conferma anche per iscritto,

Non m'ingannare, e ti aspetto alla finestra stasera, chè sarò di guardia di prim'ora.

Ti abbraccio e bacio in fretta.

Tua
R. P.

Annina carissima,

Se sapessi che ha sofferto ieri il mio afflitto cuore per essere lontano da te! Fu la giornata più lunga e dolorosa, specialmente la sera quando, andata alla finestra, non vidi la mia cara Annina, colla quale speravo di scambiare una parolina di amore. Sinceramente devo dichiararti che mi stetti tra le nostre colleghe a malincuore, perchè tra le altre voci non c' era la tua. E quando pensavo che tu eri fuori a goderti la festa, corsi a coricarmi sconfortata e piangendo disperatamente.

Tua
R. P.

IX.

Amatissima Rosina,

Non puoi credere quanto sono dispiaciuta pel fatto di martedì sera e venerdì sera, perchè non avrei voluto quel disturbo, ma ci vuol pazienza, e ti prego di non andare in collera. Solo ti raccomando di rispondere a dovere un' altra volta e di non farti trattare da stupida. Devi far notare che anche le altre colleghe hanno le ore di riposo e svago e vanno a chiacchierare colle amiche. La legge deve essere uguale per tutti, e tu fatti ragione con la suora, che deve concedere il permesso a te come alle altre o negarlo a tutte.

Del resto noi ci vogliamo sempre molto bene e dovremo sempre amarci, senza fare che il momentaneo allontanamento raffreddi i nostri cuori; io ti penso sempre, come fai tu. ne son certa.

Ti avviso che domani uscirò, e ti prego non dimenticare di mostrarti dalla finestra vicina alla parrocchia per vederci; quando potremo uscire insieme per qualche ora, avrò gran piacere, e sai bene che godo stando in tua compagnia; e se questo non sarà possibile per ora, il mio pensiero è sempre con te.

Con mille baci e con abbracci mi dichiaro sempre:

La Tua
P. A.

La lettera numero I è scritta da un' infermiera anziana sui 24 o 25 anni, ottima e scrupolosa nel disimpegno del suo ufficio, che raramente usufruisce delle giornate e delle ore di licenza, e che non ha note esterne importanti di omosessualità congenita, tranne la voce un po' bassa. È di carattere alquanto eccitabile, soggetta tavolta ad enuresi notturna, e pare che sia il maschio della coppia. L' amica, di cui non ho potuto capitar lettere, ad una delle quali con questa la M. risponde, come risulta dal contesto, è una giovinetta sui 18 anni, semplice di spirito più di quel che lo siano le persone della sua classe, da pochi mesi ammessa in servizio, fresca, rosea, alquanto belloccia, senza note apparenti di omosessualità congenita. La lettera riportata fu scritta pochi giorni dopo che quest' ultima era stata trasferita in un' altra sezione, essendosi resi molto palesi gli amori delle due compagne, sorprese spesso di notte dalla ronda insieme in un cesso o nello stesso letto e per essersi assodato che la M. preparava frequentemente intingoli e leccornie alla sua prediletta con vitto delle ricoverate.

La lettera scritta grossolanamente, come tutte le altre, essendo le infermiere quasi tutte analfabete, ha delle espressioni tenere e di sofferenza pel distacco, come quelle che avrebbe un uomo della stessa classe per la sua fidanzata; e finisce con l' invocare e far invocare dall' amica Dio e la Madonna per una non lontana unione per sempre. È chiusa con la preghiera alla compagna, che per maggior tenerezza chiama sorella, di non danneggiarsi la salute pel dispiacere, e con l' invio di baci ardenti.

La lettera numero II è di una infermiera incognita diretta ad altra incognita; non porta firma, è forse dettata, come altre, a qualche ricoverata che inconsciamente, e per qualche meschino compenso, volentieri vi si presta. La scrivente chiama l'amica anche sorella, come l'altra, e la breve lettera è tutta un' invettiva pel dolore dell'inganno seguito o supposto e rivela tutto il tormento della gelosia di una vera omosessuale congenita, la quale non concepisce che l'amica possa distrarsi da lei per pensare ad un uomo.

Le lettere III e IV sono entrambe dirette da una giovane infermiera di valida costituzione fisica, di alta statura, di carattere alquanto prepotente, figliuola di un delinquente sanguinario, ma somaticamente non portante note di omosessualità congenita, ad altra che

ne ha invece molte: accenno di barba, e più notevolmente di mustacchi, voce e portamento maschili, poco sviluppo delle mammelle e delle anche, tendenza a vestir l' abito da uomo. E nel reparto si ritiene che essa sia una specie di cavallo padre e che abbia molte amiche, le quali si contendono il primato per esser da lei possedute. E difatti in queste due lettere, tranne lo scatto momentaneo della scrivente, quando rivela per un momento il suo carattere prepotente di famiglia e dice nella III lettera: farai come io ti dico, non voglio che mi fai f. ecc., non si notano che espressioni sottomissive, parole di dolcezza per l'amica, paura di perderne le grazie, e quant' altro si può dire in materia per tenere avvinto un uomo che sodisfi le brame eccessive di una donna bisognosa di amplessi.

La lettera V è diretta alla stessa donna uomo da altra infermiera, un'amabile Raffaeluccia, la quale le rivolge pure parole dolcissime per attirarla a sè, e le chiede qualche cosa che spesso le ha chiesto invano, le offre regali, e cerca commuoverla col dirsi agghiacciata per il freddo, per indurla ad accettarla nel suo letto. È la vera donna civettuola che vuol ravvivare ad ogni costo l' amore del maschio.

Le ultime quattro lettere sono una corrispondenza fra due compagne, tre scritte da un'altra donna uomo, l' ultima dall'amica alla prima. La donna uomo è una giovanetta sui 18 anni, bellina piuttosto, con grandi occhi scuri, capelli scuri, colorito bruno della pelle, qualche accenno di baffetti neri; di umore allegro e vivace, sorridente ed espansiva, intelligente ed un tantino biricchina, da riuscir simpatica, anzi che no; in varie feste in maschera date in carnevale nell' asilo per divertire i ricoverati, ha sempre preferito l'abito maschile, che porta con molta disinvoltura da sembrare veramente un giovinotto.

Le sue tre lettere non contengono che espressioni comuni di amore, se ne togli un tantino di gelosia per un futuro sposo della sua compagna. In esse manca l'artificio delle antiche nell' arte, perchè da poco forse si è iniziata nelle pratiche omosessuali, a giudicare dal poco tempo di servizio d' infermiera ed anche dal fatto che essa fino a pochi mesi prima di scrivere le lettere riportate era di un tardivo sviluppo fisico, e poi quasi di botto è divenuta fiorente e rigogliosa quale oggi è.

La compagna non è veramente una graziosa donnina: alta piut-

tosto, bionda, molto ossuta e poco plastica, di carattere prepotente e manesca, la quale nella sua lettera parla di amore, ma soprattutto dà consigli all' inesperta giovincella per non farsi trattare meno bene delle compagne dalle persone preposte al servizio.

Ho voluto riportare queste nove lettere, perchè mi sembrano importanti come contributo allo studio della omosessualità femminile, visto che non è cosa molto facile a tutti il procurarsi simili scritti, che costituiscono veri documenti viventi e parlanti: e difatti nella casuistica clinica dei migliori autori qualche lettera del genere è riportata come cosa rara ed è servita di base ad osservazioni di un certo rilievo.

Esse sono delle vere confessioni, che, riguardando cose di natura delicatissima, non si potrebbero altrimenti ottenere, e mettono così allo scoverto certe piaghe sociali, purtroppo frequentissime in certi ambienti e che lasciano tracce più o meno apprezzabili a seconda della natura dei soggetti anche nella vita libera e dopo il matrimonio.

Molte infermiere omosessuali dell'Istituto vanno a matrimonio, e diventano mogli e madri felici, e sono le vere omosessuali acquisite o d'ambiente, per dirle così; altre continuano fuori le pratiche con le compagne, anche se maritate, e qualcuna non va a marito, quando l'amica è divenuta sposa, e non ha voluto più saperne di lei. E queste sono le omosessuali congenite, le quali nell'ambiente e fuori danno sfogo in ogni modo ai loro istinti pervertiti.

Ne conosco una intelligente, colta, molto graziosa ed elegante, tipo di femminilità, la quale, dopo due anni di pratica omosessuale con altra infermiera andata a marito, è uscita dall'asilo e vive procurandosi il pane quotidiano col suo lavoro onestissimo, e non ha voluto nè vuole saper di matrimonio, perchè sente potente avversione per l'uomo, ora più che mai, dopo la disillusione provata dell'abbandono dell'amica.

Come si vede, nei pochi soggetti del mio studio, come posso affermare di molti altri, dei quali non ho documenti, non si rilevano molte e spiccate note somatiche, che possono far diagnosticare con sicurezza le maggiori tendenze maschili o le femminili, l'omossualità congenita o l'acquisita: e solamente con l'ulteriore studio, e con l'esito finale, dirò così, si può dire qualche cosa di concreto, giacchè come più sopra è detto, per gli acquisiti l'omosessualità è cosa tempo-

ranea, un episodio della vita, per i congeniti essa costituisce l'obbiettivo principale dell' esistenza.

Tra le infermiere omosessuali predomina un certo grado di anemia e mollezza di carattere, e spesso si deplora in esse depauperamento nella nutrizione, sicchè tali pervertimenti debbono ritenersi non scevri di pericoli per la salute. Sotto tal punto di vista i collegi, gli stabilimenti ed in genere tutti i luoghi di convivenza di giovanette, dovrebbero avere un indirizzo educativo speciale ed un' amorevole ed oculata guida da parte dei preposti alla loro assistenza. E per me l'educazione famigliare ben intesa è sempre preferibile a qualunque altra per lo svolgimento normale dei sentimenti.

Nocera Inferiore, giugno 1912

BIBLIOGRAFIA.

1. — Rivista mensile di Psichiatria Forense, Antropologia criminale e scienze affini, diretta dal Dott. Pasquale Penta.

2 — Archivio delle Psicopatie sessuali, diretta dal Prof. Pasquale Penta.

3. — La Psichiatria, diretta dal Prof. Leonardo Bianchi.

4. — Dott. Ivan Bloch. La vita sessuale dei nostri tempi nei suoi rapporti con la civiltà moderna. — Traduzione del Carrara

5. -- Kraepelin. — Trattato di Psichiatria. — Traduzione del Dottore Guido Guidi.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra.

Osservazioni sul ricambio e sulla medicazione fosforata in alcuni stati di esaurimento nelle psicosi acute e croniche

DEL

Dott. M. Levi Bianchini

Il moderno indirizzo nello studio delle malattie mentali si distingue dall' antico per un elemento nuovo e fondamentale: cioè la ricerca delle alterazioni anatomo-patologiche e ricambiali che accompagnano le psicosi, sia che quelle ne costituiscano il primum movens, sia che ne rappresentino dei fenomeni necessarii o condizionati di alterato somatismo.

Le ricerche biochimiche che si vanno compiendo tendono infatti a scoprire — con fortuna sempre maggiore — quali lesioni esistono nelle psicosi all' infuori di quelle della corticalità. Tali ricerche sono tanto più importanti, in quanto solo su di esse si potrà fondare quella speciale terapia delle alienazioni mentali, la cui mancanza costituisce tuttora la lacuna più notevole della psichiatria generale.

Per quanto riguarda i fenomeni di alterato ricambio nelle psicosi, noi possediamo già risultati varî e positivi sugli scambi azotati, urinarii e glicosurici.

Esaminando l' eliminazione del bleu di metilene nei dementi precoci, D' Ormea e Maggiotto misero in rilievo due fatti: il forte rallentamento dei processi organici di ossidazione e di eliminazione (diminuzione dell' orina, azoto totale, urea) e la diminuita acidità totale dell' orina.

Il D' Ormea, studiando il potere riduttore dell' orina nei dementi precoci, trovò che esso è notevolmente abbassato (quasi della metà in confronto dei normali.

Il Pighini, in base a numerose ricerche sulla stessa demenza precoce ha osservato due tipi differenti di alterazione del ricambio organico. Nelle forme iniziali l'organismo soggiace ad una distruzione della propria albumina rilevabile dalla aumentata eliminazione di azoto e di zolfo per le orine: nelle forme avanzate invece l'eliminazione di azoto è assai deficiente per le orine mentre buona parte passa per le feci.

Il Pardo trovò iperindossiluria in tutti i malati di mente e proporzionalità diretta fra questa e fenomenologia psicopatica, mentre il Boschi, che eseguì uguali ricerche, non avrebbe trovato che una lieve esagerazione dell'eliminazione indossilica.

Secondo il Cuneo, che studiò in particolar modo il ricambio nella frenosi maniaco-depressiva e nella demenza precoce, le alterazioni osservate sarebbero, in linea generale, le seguenti:

1) diminuzione dell'eliminazione dell'orina totale

2) abolizione della legge dell'equilibrio azotato

3) diminuzione del ricambio (al disotto della norma)

4) abbassamento del rapporto azoturico

5) elevamento dell'azoto totale calcolato dall'acido solforico in confronto dell'azoto totale trovato

6) aumento dell'azoto proveniente dagli amido-acidi.

Il Graziani nelle sue ricerche sulla glicosuria alimentare negli alienati trovò un abbassamento del potere di utilizzazione degli zuccheri con grande frequenza nella paralisi progressiva, con frequenza assai minore nella demenza precoce; in misura non apprezzabilmente diversa dal normale in altre psicosi (epilessia, pellagra, maniaco-depressiva).

Il Laignel-Lavastine e Rosanoff ritengono che la prova glicosurica non abbia, nella prognosi degli stati depressivi costituzionali (psicosi periodica) quel valore che altri Aa. vollero attribuirle. L'hanno trovata invece con grandissima frequenza negli stati deliranti: e forse essa è più particolare ancora ai delirî tossici, nei quali avrebbe allora un valore prognostico relativamente benigno.

L'Allers, in un largo lavoro sugli scambi nutritivi nelle psicosi osservò, soprattutto nell'epilessia, una incapacità dell'organismo di mettersi in equilibrio per l'azoto. In tutti i casi gravi di epiles-

sia esiste, secondo questo A. una notevole ritenzione di azoto che arriva al suo maximum immediatamente prima dell' attacco.

Il periodo libero di attacchi è caratterizzato appunto da questi disturbi, e molto probabilmente da un' alterazione degli scambî nutritivi esogeni dell' acido urico.

Tali modificazioni sarebbero l' espressione delle lesioni ricambiali dell' epilessia cronica: tuttavia esse non sono strettamente caratteristiche perchè, come dimostrò Rosenfeld, l' esistenza di ritenzione di azoto si osserva anche nella catatonia e nella paralisi generale.

Così egualmente Dide e Chenais fin dal 1902, il Kauffmann più recentemente (1910) e molti altri autori, studiando le alterazioni del ricambio nelle malattie mentali giunsero a risultati incoraggianti e di notevole valore pratico: senza contare i molti e recenti lavori che dimostrano sia nella composizione fisico-chimica (indice opsonico, viscosità, potere antitriptico ecc.) che negli elementi figurati del sangue delle varie psicosi, numerose ed importanti alterazioni (Simonelli, Lépine et Popoff, Baccelli e Terni, Graziani ecc.).

Per quanto riguarda la terapia, il campo nel quale più felicemente finora si sono applicate le cure mediche è quello delle psicosi acute tossiche ed infettive: appunto perchè in queste l' elemento causale ed il sottostrato anatomico e fisiopatologico sono bene conosciuti e precisi. Ciò che prevale infatti, in tali malattie, è il defedamento organico consecutivo all' infezione o all' intossicazione: e questo può venir facilmente riparato con i sussidî dell' iperalimentazione, della clinoterapia e con la regolarizzazione delle funzioni epatiche ed intestinali.

Non è raro tuttavia che uguali stati di esaurimento dovuti alle volte a forme intercorrenti, altre volte legati all' intimo processo psicopatologico (oligoemie, intossicazioni epatogene o enterogene, clorosi, tubercolosi iniziali ecc.) si osservino in malati di mente cronici e subacuti: ed anche in questi non è inutile di ricercare con quali sussidî terapeutici si possano migliorare i poteri assimilatori dell' organismo e ricomporre la alterata crasi sanguigna.

Oggetto delle attuali ricerche è appunto lo studio del ricambio e l' applicazione dei composti protilinici nella cura di psicosi acute, ma sopratutto di quelle psicosi croniche nelle quali si sia verificato

un episodio di alterazione ricambiale e di grave depauperamento somatico.

I composti protilinici hanno per base il Protylin „ Roche ", una fosfoalbumina di costituzione simile alle paranucleine. Questa è una polvere bianco-giallognola, inodora e insapora: contenente il 2. 6 °[o di fosforo in combinazione organica e l' 8 °[o di albumina: è insolubile in acqua, alcool, glicerina; solubile negli acidi inorganici concentrati e negli alcali.

Combinata con gli alogeni e con i metalli forma i seguenti composti ben definiti:

Ferriprotylin contenente il 2. 3 °[o di ferro
Bromoprotylin contenente il 4 °[o di bromo
Arsylin contenente il 0. 10 °[o di arsenico.

Il protylin non è tossico adoperato alle dosi abituali di 2-10 gr. pro die ed anche più: non ha effetti secondarii: fa aumentere la diuresi acquosa, il coefficiente azoturico, il tasso emoglobinico ed il numero assoluto delle emazie: diminuisce l' eliminazione di fosforo.

La sua azione farmaco-dinamica e fisiologica è stata ben studiata da Pouchet e Chevalier, Schaerges, Gnezda, Goldmann, Maestro, Gallenga ecc: in questi lavori si trovano quelle maggiori notizie sulle proprietà biochimiche e terapeutiche che è inutile qui ripetere.

La protilina ed i suoi composti sono stati sperimentati con successo in pediatria, nelle forme spastiche, rachitiche, scrofolose dei bambini da Gerhartz, Bürger, Biondi, Melli ed altri: nell' osteomalacia dal Hoennicke: nel morbo di Basedow dall' Alt, Schaerges, Nekowitsch; nelle malattie del sistema nervoso (epilessia, neurastenia, isteria, emicorea, paralisis agitans) da Siegmann, Bazzicalupo, Biondi, Sangregorio ed altri.

Le prove da me eseguite si riferiscono invece esclusivamente a malattie mentali acute e croniche: demenza paranoide, demenza ebefrenica, paralisi generale, amentia, frenastenia, epilessie. I soggetti trattati con il protylin e suoi composti furono 12 di cui 10 uomini e 2 donne. I casi clinici più interessanti e nei quali il trattamento fosfo-albuminato diede i risultati più tangibili sono i seguenti.

CASO I.

Gar. Sab. di a. 40. calzolaio. Ammesso in manicomio il 29 luglio 1909.

Diagnosi psichiatrica: *meningo-encefalite sifilitica paralitiforme.*

Anamnesi: E' ammalato fin dal 1907. La sifilide è accertata, ma non a quale epoca. Non ha fatto mai cura regolare antisifilitica. Ereditarietà e precedenti sconosciuti. Ha moglie e due figli, in tenera età, apparentemente sani.

Sunto dei diarî. 1909 Settembre - Dicembre. È confuso e disorientato: dice di aver sofferto la sifilide all' età di 18 anni (?). Bradilalia, disartria saltuaria, disgrafia, tremore dei muscoli mimici e della lingua.

1910. Gennaio - Giugno. Meno confuso ma distratto e vuoto. Ripete stereotipatamente: io sono G... una volta facevo gli stivali; mia moglie T... sono allo spedale. Tranquillo e depresso si mette delle volte ad urlare per probabili rappresentazioni allucinatorie, fuggevoli. Si regge in piedi e cammina lentamente: parola lenta ma non troppo disartrica: linguaggio spontaneo ed evocato molto ridotto. Pupille midriatiche: più la sinistra, a bordi irregolari, che non la destra, a contorni regolari. Riflessi luminosi lentissimi ma presenti bilateralmente.

Digrignamento continuo dei denti. Stato di demenza.

Condizioni somatiche al 15 giugno 1910. *Anemia secondaria* notevole: pallore della cute e delle mucose, anoressia: sonno irregolare.

Peso del corpo Kgr. 45. Polso 62: itto della punta fiacco come si legge nel tracciato sfigmografico che si presenta a battute larghe, lente, poco elevate, intercalate con qualche aritmia. (tracciato 1).

Respiro 16. Temperatura mattuttina 35. 4: serotina 36. 2.

Esame del sangue a fresco. Escluse con ripetuti assaggi le influenze esterne si osserva una notevole irregolarità di forma in quasi tutti gli eritrociti che si presentano a bordi irregolari. Varie forme poichilocitiche allungate, a semiluna, quadrangolari. Totalmente perduta la disposizione in pile: larghissimi vuoti fra le masse globulari. Emazie pallide.

Emoglobina 64 o|o.

Globuli bianchi 7200 con predominio dei polinucleati normali ed evidente aumento di linfociti.

Globuli rossi 4, 050 000: rapporto fra g. b. e g. r. 1 : 576. — Valore globulare o. 80.

Orine. Colore citrino pallidissimo quasi trasparente. Lieve sedimento nubecolare. P. s. 1011. Reazione debolmente acida: albumina e glucosio as-

senti: indicano traccie: solfati abbondantissimi: cloruri scarsi, fosfati terrosi e alcalini scarsi, urea = 11, 56 o|oo. —

Si inizia la cura con 3 grammi di Ferroprotylin per i primi tre giorni, quindi con 5 grammi pro die in forma polverulenta, mescolata nella zuppa di riso, di pastina ecc. Si protrae il trattamento per 30 giorni, cioè fino al 15 luglio, con un consumo totale di gr. 145 di sostanza.

A quest' epoca si ripetono gli esami fisici e dell' orina, che dànno i seguenti risultati:

Peso del corpo Kgr. 45, 900. Polso 68: itto della punta più valido curva sfigmica più elevata, ma poco regolare ed intercalata da qualche battuta aritmica. La registrazione dello sfigmogramma riesce tuttavia piuttosto difficile per la poca altezza assoluta dell' impulso cardiaco (tracciato 2.).

Respiro 15. Temperatura mattutina 35, 5, serotina 36, 4.

Esame del sangue a fresco. Numerosi globuli rossi a contorni irregolari con varie forme poichilocitiche: si osservano però molti altri a forma perfettamente normale. La disposizione in pile è abbastanza accennata qua e là: permangono ma in minor misura i campi liberi fra gli ammassi globulari.

Emoglobina 69 o|o: globuli bianchi 7400: globuli rossi 4, 300 000: rapporto fra g. b. e g. r. = 1 : 594. Valore globulare o. 802.

Orine. Colorito giallo pallido, reazione acida: albumina, zucchero, indicano assenti: solfati e cloruri normali: fosfati terrosi e alcalini piuttosto abbondanti. Urea 13, 45 o|oo.

Risultati. In seguito al trattamento fosfoalbuminato si osserva nel paziente un aumento di peso abbastanza sensibile, tenuto conto della gravità della psicosi originaria: è migliorata la composizione morfologica e chimica del sangue per un aumento massivo della formola emo-leucocitaria e per un elevamento del tasso emoglobinico. Il ritmo circolatorio ha risentito dei benefici effetti, divenendo un po' più frequente e valido: la reazione dell' orina , anteriormente appena acida, è divenuta nettamente acida: è scomparsa l' anormale quantità di solfati , scomparso l' indicano. Il coefficiente ureico è notevolmente aumentato in funzione della quantità di alimenti ingeriti: quantità molto maggiore di prima. Lo stato generale di anemia è regredito: la termogenesi è migliorata di due decimi.

I benefici effetti della cura protilinica si sono fatti risentire anche in seguito: il soggetto — all' infuori della progrediente paresi degli arti inferiori per cui fu messo a letto verso la fine del 1910 dopo aver subito una crisi epilettiforme che quasi lo uccise e da cui fu salvato con due abbon-

danti salassi — stette sempre bene nel 1911 e si trova tuttora (novembre 1912) nelle stesse condizioni somatiche descritte a metà del luglio 1910.

Caso II.

Pir. L. di a. 27, studente. Diagnosi psichiatrica: *demenza primitiva ebefrenica.* Ammesso la prima volta nel 1903, la seconda nel 1904, la terza nel giugno 1910.

Anamnesi. Il padre è pazzo ed è ricoverato in questo manicomio. Pare che la madre sia di costituzione debole. Il malato crebbe studioso; sofferse col padre la miseria in America durante un loro breve soggiorno. Dalla pubertà in poi fu strenuo onanista. Nel 1899, cioè a 16 anni, cominciò a soffrire di così forti cefalee che smise gli studi ginnasiali, divenendo del tutto improduttivo. Dopo questo inizio, nessun altro sintomo di malattia evidente vi fu fino al 1903. Nel giugno di quest' anno il malato cominciò a fuggire di casa e ad esprimere idee di odio verso la famiglia. Ricoverato in manicomio persistette nel manifestare le idee persecutive: pretese di ricorrere al Pretore ed al Procuratore del Re. Un' altra volta disse invece che la madre e i fratelli maltrattavano il padre in tal modo che egli se ne accorò e smise gli studi. Si fece irrequieto, disordinato, violento, apatico: a malgrado di ciò la famiglia lo ritirò nel dicembre. Dopo soli tre mesi questa dovette ricondurlo nell' Asilo più confuso che mai. Tale confusione con le stesse note descritte durò 6 mesi: nell' ottobre 904, dopo una febbre gastro-enterica durata 20 g. si fece più ordinato, loquace e desideroso della famiglia. Dimesso nuovamente in prova nell' ottobre 1904 rimase in famiglia fino al 3 giugno 1910. A quest' epoca fu condotto per la terza volta in manicomio presentando lo stato attuale di mutacismo, apatia, negativismo, distimia.

Stato attuale. Oltre alle caratteristiche psichiche ora descritte il paziente è in uno stato di rilevante decadimento somatico; manifesto per la ipotonia e astenia muscolari, pallore estremo della cute, scarsità della nutrizione spontanea, ipocloridria, e gastrectasia, stipsi e flatulenze. (25 luglio 1910). Diagnosi di stato: *miastenia generale e dispepsia.*

Il peso corporeo è di 52 Kgr.: polso 66: respiro 20. Temperatura mattutina 36. 0; serotina 36. 3.

Esame del sangue. Eritrociti ammassati ma senza alcuna caratteristica disposizione in pile: tuttavia numerosissimi e di forma regolare.

Emoglobina 80.

Globuli rossi 5, 530 000. Questo reperto è paradossale e in grande

contrasto con l' ipotonia di tutte le funzioni ricambiali: tuttavia la numerazione dei globuli al Thoma-Zeiss, ripetuta altre due volte, ha confermato la cifra suesposta.

Globuli bianchi 9600: senza particolari variazioni della formola leucocitaria salvo molti grandi mononucleati e molti linfociti.

Rapporto numerico fra gb. e gr. 1 : 576. — Valore globulare 0, 74.

Orina. Giallo-bruno chiara, limpida, rari fiocchetti mucosi, reazione acida, p. s. 1020. Albumina assente: zucchero traccie, indicano traccie: solfati abbondanti, fosfati terrosi e alcalini normali, cloruri abbondantissimi. Urea 8, 89 0|00.

Il 5 luglio si inizia la somministrazione di Ferroprotylin, alla dose l.: 3 gr. in polvere, pro die per una settimana: indi 5 gr. pro die fino alla fine della cura (31 agosto) con un consumo totale di gr. 171 di sostanza.

Esame obiettivo del 31 agosto. Facies piuttosto pallida: l' astenia generale è diminuita in modo evidente: la dilatazione gastrica è ridotta: la dispepsia guarita.

Peso corporeo Kgr. 53. 400, polso 70, respiro 19. Temperatura mattutina 36. 2, serotina 36. 6.

Sangue a fresco. Globuli rossi normali, numerosi, con scarsa disposizione in pile, bene colorati: in numero di 5, 100 000 per cm. 3.

Emoglobina 82. — Globuli bianchi 9000: formola leucocitaria molto vicina alla norma, pochi linfociti. Rapporto numerico fra g. b. e g. r. 1 : 566. Valore globulare 0, 82.

Orina. Giallochiara, limpida, reazione spiccatamente acida: p. s. 1017. Albumina, zucchero, indicano assenti, solfati e cloruri normali, fosfati terrosi e alcalini piuttosto abbondanti. Urea 10, 2 0|00.

Risultati. Lo stato fisico generale del soggetto ha risentito un evidente miglioramento dal trattamento ferriprotilynico. Gli esponenti del riattivato ricambio sono i seguenti reperti obiettivi. 1) Aumento del peso del corpo: 2) riduzione della paradossale ipercitemia con contemporaneo elevamento del tasso emoglobinico e del valore globulare: 3) scomparsa nelle orine delle traccie di zucchero e indicano: 4) riduzione della perdita dei solfati e dei cloruri: 5) lieve aumento nei fosfati terrosi e alcalini che dimostrano però come la gran parte del fosforo protilinico è stata ritenuta: aumento dell' urea verso la media normale: 6) aumento della termogenesi, di 4 decimi.

A ciò si aggiunge la diminuzione della dilatazione gastrica con miglioramento della dispepsia e regolarizzazione delle funzioni gastro-enteriche. Il soggetto mangia abbondantemente ed è passato fin dalla prima settimana, dalla dieta speciale alla dieta ordinaria.

Caso III.

Pu. Fr. di a. 48, ammesso in manicomio la prima volta il 5. 10. 1905. Nulla si sa dell' anamnesi, all'infuori che il padre aveva 17 anni meno della madre.

Diagnosi: *demenza paranoide.*

La malattia incominciò verso il 1903 con cefalea, eccitamento psicomotorio, lieve erotismo, contegno orgoglioso. Ricoverato in manicomio diceva che i suoi veri nemici erano i preti: dopo 600.000 anni l' isola di Cipro scomparirà e tutto diventerà mare. Noi tutti siamo figli di Budda e da lui traiamo l'origine. Dimostra assoluta disaffettività verso la famiglia. Per più di un anno si mantenne in un periodo di disordine, incoerenza e delirio tali che lo si ritenne un paralitico. Nel dicembre 1906 incominciò a ricomporsi e nel giugno 1907 era così corretto che fu dimesso in prova. Meno di due mesi dopo però, il 15 agosto, rientrò in manicomio. Questa volta era in comunicazione con San Francesco di Assisi che gli dava generalmente dei buoni consigli. Egli ne udiva chiaramente la voce e doveva affrettasi ad eseguire i moniti paterni del buon fraticello. I suoi continui rapporti col santo lo hanno santificato: S. Francesco gli parla ora in un orecchio ora in un altro. Alle volte non ne ode la voce, ma riceve egualmente i suggerimenti del santo in forma di pensieri. Il paziente presenta oggi, oltre alle allucinazioni uditive che sono impallidite, numerose allucinazioni e concezioni deliranti a base cenestesica. È orientato nell' ambiente ma è silenzioso, disaffettivo, composto: mantiene un contegno quasi sospettoso ed ostile all'ambiente stesso. Risponde con cortesia a domande banali, ma si trincera in un mutismo assoluto quando viene interrogato sui precedenti allucinatorii.

Esame del 20 luglio 1910. Il paziente, per quanto non rivelasse alcuna sofferenza subiettiva presentò dal principio di luglio uno stato di anemia progressiva rapidissimo: accompagnato da astenia muscolare, pallore cereo del viso, anoressia, ipertrofia splenica di grado moderato: insonnia. Il malato riferendosi allo stato attuale dice: « che gli si è cristallizzata la « vena urinaria per il ferro, zinco, rame, ed altri metalli che sono stati « messi a bella posta nel latte. Ha dieci gradi di morte: i polmoni si so- « no polmonizzati dalla milza in su: il cuore il fegato si sono cristallizzati « Ha 72 malattie di cuore ed ha emesso in una volta 23 etti di sangue. »

Diagnosi: *Anemia progressiva (?)*

Esame obiettivo. Polso 38. Temperatura mattutina 35.8. serotina 36.1.

Respiro 14. Peso Kgr. 60. I riflessi tendinei sono lenti, i cutanei addominali pronti, riflessi muscolari diretti evidenti: luminosi normali. Lieve soffio anemico alla punta: nulla ai polmoni e fegato: milza grossa e appena debordante dall'arcata costale. Cute pallida, fredda: mucose quasi bianche. Astenia generale, per cui il paziente è messo a letto.

Esame del sangue a fresco. Globuli rossi pallidissimi, sparsi senza alcuna disposizione in pile: qualche macrocito deformato, varie forme poichilocitiche, larghi vuoti nel campo di osservazione.

Eritrociti 2,064000. Globuli bianchi 20,800 con enorme prevalenza dei polinucleati.

Emoglobina 4 4 %.

Valore globulare 1,075.

Orine. Giallo brune chiare: p. s. 1018, reazione anfotera: albumina 1|2 0|00, zucchero assente: indicano traccie, pigmenti biliari traccie evidenti: solfati e cloruri abbondantissimi: carbonati e fosfati molto scarsi. Urea 8.01 0|00.

A datare dal 21 luglio si inizia il trattamento con l'*Arsylin* e con il Protylin a giorni alterni nella dose di 4 grammi della prima e 6 della seconda sostanza per il primo mese. Nel secondo mese si decresce della metà per l' Arsylin (2 gr.) e di un terzo per il Protylin (4 gr.). La cura finisice il 20 settembre; con un consumo totale di gr. 180 di Arsylin e 240 di Protylin: essendosi sospesa quest' ultima il 5 settembre. Nessun fenomeno d' intolleranza fu osservato: il paziente potè alzarsi da letto il 15 settembre.

Esame del 21 settembre 1910.

Le mucose presentano una tinta più rosea, pur essendo ancora pallide: scomparso il soffio cardiaco. La curva sfigmica del polso è notevolmente rialzata, come apparisce chiaramente dai tracciati 3 e 4 presi prima e dopo del trattamento protilinico. Il paziente si regge bene in piedi. i riflessi tendinei e cutanei sono normali: permane però la eccitabilità muscolare diretta. La milza è ridotta di volume.

Polso 60, respiro 16, temperatura mattutina 36, serotina 36. 3. Peso Kgr. 61. 200.

Esame del sangue: Globuli rossi pallidi con qualche tendenza alla disposizione in pile: rarissime forme irregolari, nessun macrocito: pochi spazi intercalari fra gli ammassi globulari.

Emoglobina 53.

Globuli rossi 3,020,000.

Globuli banchi 15,600.

Valore globulare 0,87.

Orine. Giallochiare, limpide; p. s. 1017; reazione debolmente acida; albumina traccie; zucchero, indicano, pigmenti biliari assenti: solfati e cloruri normali: fosfati terrosi e alcalini piuttosto abbondanti: carbonati normali: urea 9,1 0|00.

Risultati. Questo demente paranoide, colpito da una forma grave di anemia subì durante settanta giorni il trattamento protilinico: e questo periodo di tempo è stato, insieme al caso VII, il più lungo in confronto di tutte le altre cure, che furono generalmente protratte non al di là di 4-5 settimane.

La formola emo-leucocitaria molto alterata per la riduzione del numero assoluto delle emazie, per l'aumento notevole dei leucociti, per il tasso emoglobinico oltremodo basso si ricostituì in maniera soddisfacente. La composizione dell'orina perdette i reperti anormali dell'albumina e dell'eccesso di solfati e cloruri: il polso si riorganizzò con battute più elevate: la termogenesi aumentò di 3 decimi. Il peso corporeo aumentò di 2100 grammi: ciò che, dato lo stato iniziale di depauperamento nutritivo in un uomo già adulto, rappresenta un aumento rilevante.

É da notare ancora che lo stato mentale fu pure attenuato nei suoi elementi allucinatorii e mitomanici: il paziente al finire della cura non esprimeva più tutta quella valanga di concezioni assurde, di interpretazioni deliranti e cenestesiche di cui aveva dato larga manifestazione negli anni pregressi, e sopratutto nei primordii dell'anemia intercorrente: pur continuando immutato lo sfondo mentale.

Il paziente continuò a migliorare sensibilmente dopo la cura protilinica senza altri sussidii medicamentosi e nella fine del 1910 si poteva considerare in via di guarigione. In tale stato il paziente durò nel 1911 e si trova tuttora. L'atteggiamento somatico e psichico attuali sono, in confronto del periodo che accompagnò la anemia acuta, notevolmente più composti.

Caso IV.

V. A. di a. 29. Diagnosi: *Demenza ebefrenico-paranoide su fondo frenastenico.*

Anamnesi. Uno zio, una sorella e un fratello morti tubercolosi. Fu tardo nello sviluppo fisico e mentale. Fin dai primi anni sognava di montare in alta posizione e di diventare un potente e un re. Divenne guardia di pubblica sicurezza e fu posto al servizio del Sottosegretario di Stato per l'A. I. C. Nel 1906 incominciò a credere di essere perseguitato dal Viceministro, cambiò umore, accusò cefalee insistenti, divenne sospettoso

stravagante. Ricoverato nel manicomio di Roma voleva far fucilare il Sottosegretario alla schiena: era Re assoluto: vedeva nei giornali il facsimile di sue lettere e riteneva che così si facesse dall'autorità politica per creare complicazioni internazionali. In capo a due anni cadde in profonda demenza, con verbosità erotica, stato di subeccitazione psicomotrice, lieve euforia, totale disaffettività.

Presenta varie note degenerative: palato taurino, padiglioni auricolari staccati e a dislivello, platicefalia.

Ammesso nel manicomio di Nocera nel 1909 rimase in buone condizioni fisiche fino all'aprile 1910. Nel maggio seguente incominciò a deperire in modo rapido e impressionante: l'esame obiettivo rilevò dimagramento notevole, anemia, astenia, respiro aspro, qualche lieve colpo di tosse secca senza però dimostrare fatti decisamente specifici. Si diagnosticò tubercolosi incipiente. Il 18 maggio presentava le seguenti note:

Polso 81. Peso 71, respiro 13. Temperatura mattutina 36,3, serotina 36,5.

Sangue. Eritrociti di aspetto normale, abbastanza regolarmente ammassati in pile lunghe e in lunghe serie con larghi vuoti fra cumuli e cumuli. Grossi mielociti: numerose forme pallide di diametro maggiore della media, alcune fino al doppio. Ammassi di cristalli quadrangolari e rettangolari di color pallido. La disposizione delle colonne di eritrociti ricorda in certi punti con grande evidenza una struttura a pelle di coccodrillo.

Emoglobina 54.

Globuli rossi 3,464,000.

Globuli bianchi 7734: rapporto fra g. b. e g. r. 1 : 457.

Valore globulare 0,78.

Orine normali, salvo abbondanza di solfati.

Si inizia il 19 maggio il trattamento con 4 grammi pro die di arsylin, protraendolo per un mese (20 giugno), con un consumo totale di 120 gr. di sostanza.

A quest'epoca l'esame del sangue dà il seguente reperto:

Corpuscoli rossi di forma e dimensioni normali, abbastanza bene ammassati in pile: alcuni mielociti: rari cristalli pallidi quadrangolari: qualche vuoto fra pila e pila.

Emoglobina 59.

Globuli rossi 3,960,000.

Globuli bianchi 7600: rapporto fra g. b. e g. r. 1: 521.

Valore globulare 0,80.

Polso 76. Peso 71.800; respiro 15. Temperatura mattutina 36,4, serale 36,7.

Orine normali; solfati piuttosto abbondanti.

Risultato. In questo paziente la cura fosfoalbuminata ha dato il mas-

simo rendimento: con aumento della sanguificazione, del peso corporeo e con modificazione della composizione citologica del sangue. Maggiori effetti non si potevano avere perchè il malato era minato dalla tisichezza ereditaria. Infatti, dopo pochi mesi, sviluppatasi con una rapida ipertermia la broncoalveolite specifica, costui soccombette.

Caso V.

Dip. C. di a. 27, contadino. Ammesso in manicomio il 10. 12.1909. Diagnosi psichiatrica: *Frenastenia con tendenze criminali.*

Anamnesi. Nulla si sa della ereditarietà per mancanza di dati. Il paziente uccise nel principio del 1909 un bambino di tre anni. Dal carcere fu mandato in manicomio e prosciolto per totale infermità di mente. Il malato non si accorse nè si interessò del suo trasferimento. Interrogato sul delitto diceva sempre « con un coltello » oppure « ero solo, l'ammazzai » e null' altro.

All'infuori di poche frasi strappate nei primi tempi, il paziente si chiuse in un mutacismo ostinato, interrotto solo da rare monologazioni incomprensibili: presentò totale distimia e abulia. Alle volte sorride, altre volte si getta a terra senza scopo.

Status præsens (5 agosto 1910). Il paziente nello spazio di un mese si è notevolmente dimagrato e fatto così debole da dover stare a letto. Obiettivamente non presenta altro se non uno stato di incipiente anemia, con dispepsia: a malgrado di ciò si emette con riserva la diagnosi di *tubercolosi incipiente.*

Peso del corpo Kgr. 54. Polso 61. Respiro 23. Temperatura mattutina 36.1, serotina 36.5.

Esame del sangue a fresco. Globuli rossi bene ammassati nelle caratteristiche pile, non si osservano spazî intercalari: forma e colorito normali.

Eritrociti 4.628.000.

Globuli bianchi 10300. Rapporto numerico fra g. b. e g. r. 1:450.

Emoglobina 74.

Valore globulare 0.79.

Formola leucocitaria:	Polinucleati	73 o/o
	Mononucleati	4 o/o
	Linfociti	23 o/o

Orina. Giallo-bruno chiara, limpida: reazione debolmente acida: peso specifico 1020: albumina e zucchero assenti: indicano traccie: pigmenti biliari traccie: cloruri e solfati abbondantissimi, fosfati terrosi e alcalini abbondantissimi, carbonati scarsi: urea 12.22 o/oo.

Il 6 agosto si inizia la somministrazione di 5 grammi di ferriprotylin pro die, continuando la cura fino al 1.° settembre con un consumo di grammi 125 di sostanza.

L'esame obiettivo a quest'epoca dà il seguente reperto:

Peso del corpo Kgr. 55,100. Polso 65. Respiro 19. Temperatura mattutina 36.3: serotina 36.8.

Sangue. Morfologicamente gli eritrociti si presentano bene colorati e normali: i leucociti presentano pochissimi mononucleati. La formola leucocitaria è: Polinucleati 79 o/o; Mononucleati 2 o/o; Linfociti 29 o/o.

Globuli rossi 4.800.000: globuli bianchi 8200. Emoglobina 78 o/o· Valore globulare 0,82.

Orine normali: p. s. 1018: reazione acida: albumina, zucchero, indicano assenti. Solfati e cloruri normali: fosfati piuttosto abbondanti. Urea 11 o/oo.

Risultati. Aumento della termogenesi, del peso corporeo, del tasso emoglobinico: miglioramento della crasi sanguigna e della formola leucocitaria: riattivazione del ricambio generale con ritorno alla norma dei composti urinarii (solfati e cloruri).

Il paziente si mantenne in buone condizioni per più di un anno: nell'autunno 1911 dimagrò nuovamente e presentò fenomeni di broncoalveolite confermando i sospetti emessi fin dal 1910. Morì nel gennaio 1912 di tubercolosi polmonare.

Caso VI.

Dep. G. di anni 28, barbiere, ammesso in manicomio il 3. 9. 1908. Diagnosi. *Eccitamento maniaco ed alcoolismo in demente catatonico.*

Anamnesi familiare negativa. Il malato era assai dedito al vino, amante del lavoro e intelligente. Ammalò in America nel 1906 e l'alcoolismo fu molto probabilmente un sintomo iniziale. La psicosi insorse con idee deliranti grandiose e persecutive: il paziente, sentendosi ingiuriato e perseguitato dai colleghi barbieri invidiosi della sua abilità, ritornò in patria.

Qui si credette perseguitato dal fratello col quale era pur sempre vissuto in buon accordo sotto il tetto domestico. Il Padre era proprietario di una bettola e il malato si ubbriacava di frequente. Litigò un giorno con un cliente, venne alle mani e fu portato in manicomio (1908). Qui nei primi due mesi fu abbastanza lucido, raccontò la sua vita anteatta e riferì di un'operazione di appendicite felicemente superata in America e di cui porta tuttora la cicatrice.

Nel dicembre 1908 cambiò di umore: cadde preda delle antiche idee deliranti e di nuove allucinazioni uditive e visive, perdette la compostezza del contegno. Nel maggio 1909 era coprofago, mutacista, stuporoso, nega-

tivista. Di tratto in tratto ritornavano a galla le idee persecutive: era avvelenato ed ucciso. Nel dicembre 1909 era ancora più negativista, con rigidità muscolare e pose catatoniche e catalettiche. Ricomparvero impulsi violenti e subitanei: pur mantenendosi il malato, all'infuori di questi, nel tipico atteggiamento manierato dei catatonici. Nel giugno 1910 fu messo a letto presentando un improvviso indebolimento e dimagramento.

Status præsens (6 agosto). Debolissimo, molto pallido; mantiene per lunghe ore e giorni una posizione supina e catalettica: la plasticità passiva degli arti è assai manifesta. Si nota ipofonesi all'apice polmonare sinistro con lieve aumento del fremito vocale più in basso: nessun altro reperto polmonare. Diagnosi: *Marasma incipiente (tubercolosi iniziale)*.

Peso del corpo Kgr. 50,600. Polso 50. Respiro 21. Temperatura mattutina 36; serotina 36,1.

Sangue a fresco. Eritrociti bene ammassati in pile: qualche spazio intercalare fra le masse: forma e colorito dei globuli normali.

Emoglobina 81.

Eritrociti 4.900.000.

Leucociti 7200	polinucleati	79 o/o
	mononucleati	6 o/o (?)
	linfociti	15 o/o.

Rapporto fra g. b. e g. r. 1 : 672.

Valore globulare 0.80.

Orina limpida, giallo-citrino chiara; reazione debolmente acida. Peso specifico 1019. Albumina, zucchero assenti: solfati abbondanti, cloruri abbondantissimi, fosfati terrosi scarsi, fosfati alcalini estremamente scarsi, urea 21 o/oo.

Si inizia la somministrazione di protylin il 7 agosto, protraendola per quattro settimane (3 settembre).

L'esame obiettivo dà a quest' epoca il seguente reperto.

Diminuita l'ipofonesi all'apice sinistro; permane lo stato di rigidità catatonica ma il malato può stare in piedi durante tutta la giornata.

Il peso del corpo è Kgr. 52: polso 58. Respiro 19. Temperatura mattutina 36.2; serotina 36.3.

Il sangue a fresco si presenta del tutto normale.

Emoglobina 83.

Eritrociti 4.850.000.

Leucociti 6300:	polinucleati	74 o/o
	mononucleati	4 o/o
	linfociti	15 o/o

Rapporto fra g. b. e g. r. 1 : 660

Valore globulare 0,855.

Orina, colore giallo chiaro, limpida; p. s. 1017, reazione acida, cloruri e solfati piuttosto abbondanti, fosfati terrosi e alcalini normali, urea 14 o/oo.

Risultati. In questo paziente lo stato di anemia era più apparente che reale, poichè fin dal primo esame, il numero degli eritrociti e il tasso emoglobinico si avvicinavano alla norma. Prevaleva invece una notevole adinamia muscolare e un'alterazione sensibile nella secrezione dei solfati, cloruri e dell'urea: in altre parole una modificazione generale del ricambio dovuta probabilmente a un inizio di infiltrazione polmonare specifica.

In seguito al trattamento protilinico la formola urinaria si ricompose in modo manifesto, i fenomeni di catabolismo (di cui esponente era l'enorme perdita dell'urea) si ridussero adeguatamente permettendo una migliore utilizzazione degli scambî nutritivi ed un conseguente sensibile aumento di peso. Migliorò pure di poco la termogenesi, la circolazione e la formola leucocitaria. Il paziente si mantenne nelle condizioni ora descritte durante tutto il resto del 1910 e la prima metà del 1911: nel settembre di quest' anno fu trasferito ad altra sede essendosi resi più manifesti i fenomeni di infiltrazione polmonare.

Caso VII.

Min. Gi. di a. 19, nubile, casalinga. Diagnosi. *Amenza (psicosi acuta post-tifica)*. Ammessa in manicomio il 6 ottobre 1910.

Precedenti ereditarii negativi. La paziente è stata sempre di buona indole: tranquilla e laboriosa: di intelligenza, se non troppo sviluppata, pur sufficiente. Alla fine del luglio 1910 fu colpita da un violento ileo-tifo che la mise in pericolo di vita e durò quasi due mesi. Alla scomparsa dei fenomeni di dotinenterite subentrarono, in luogo della completa convalescenza, dei fenomeni di psicopatia acuta. La malata cominciò a non riconoscere i parenti, tentare la fuga dalla stanza dove giaceva, percuotere le persone che la assistevano, rifiutare il cibo, parlare in modo sconnesso e incomprensibile con individui immaginarii. Portata in manicomio il 6 ottobre presentò enorme dimagramento, alito acetonico, eccitamento psicomotorio con delirio caotico: glossolalia, manifestantesi con parole nuove, curiose, composte di sillabe riunite senza senso; puerilismo, ostilità all'ambiente, lieve ipertermia, disorientamento e stupore.

Messa a dieta lattea rigorosa per il primo mese, durante il quale la sintomatologia rimase stazionaria, la paziente fu sottoposta nel secondo mese alla cura bromoprotilinica (4 gr. pro die) e arsilinica (4 gr. pro die nel terzo mese. Solo verso quest'epoca la psiche cominciò lentissimamente a ricomporsi. La malata si fece più pulita e socievole, imparò a conoscere le suore e le infermiere, a dare qualche generalità di sè stessa.

Non posso riferire l'esame ematologico e urinario, perchè questa paziente appartenne ad altra sezione manicomiale: e fu affidata ad altro collega: ma, dai dati raccolti da questo risultò che la malata continuò a migliorare nel 1911, alzandosi da letto, pulendosi da sola, crescendo di peso e nutrendosi con estrema larghezza. Uscì totalmente guarita il 13 marzo 1911 essendo aumentata nel peso corporeo di più di 22 chilogrammi. Questa enorme cifra dimostra chiaramente in qual modo la malata, spiegando tutti i suoi rinnovati poteri assimilativi, abbia utilizzato le fosfoalbumine introdotte durante i due mesi di cura. La M. restituita alla famiglia perfetto stato di validità mentale e somatica vi si trova tuttora (novembre 1912) adempiendo regolarmente le occupazioni donnesche del suo stato sociale.

Casi VIII — XII.

Di questi cinque ultimi casi, comprendenti *tre epilettici*, *un maniaco-depressivo*, *una maniaca cronica*, le cure iniziate nell'estate 1911 non furono condotte a termine perchè il colera sopravvenuto distolse e deviò in ben altro campo la mia attività manicomiale.

Limitando adunque lo studio ai sette casi descritti, si possono mettere in rilievo alcune particolarità degne di nota.

Le forme cliniche primarie e secondarie osservate sono le seguenti:

Sifilide cerebrale con anemia secondaria,
Demenza ebefrenica con n[illegible]stenia e dispepsia,
Demenza paranoide con anemia progressiva,
Demenza ebefrenica frenastenica con tubercolosi iniziale,
Alcoolismo in demente catatonico con tubercolosi iniziale,
Frenastenia criminale con tubercolosi iniziale,
Amenza (psicosi acuta post-tifica) con esaurimento organico generale.

Nei sei primi casi, dove fu eseguito l'esame ematologico ed urologico, due lesioni fondamentali del ricambio prevalgono:

1. Oligocitemia e ipoglobinemia pronunciate: leucocitosi esagerata (caso III, V).

2. Alterazione della formola urinaria.

La prima nota patologica è comune a quasi tutti gli stati, pro-

topatici o secondarii, di depauperamento organico, e non presenta caratteri diversi da quelli rilevati nelle comuni anemie.

La seconda è di gran lunga più importante: perchè rivela una disorganizzazione particolare del metabolismo cellulare connessa forse strettamente alla forma clinica intercorrente innestata sulla psicosi.

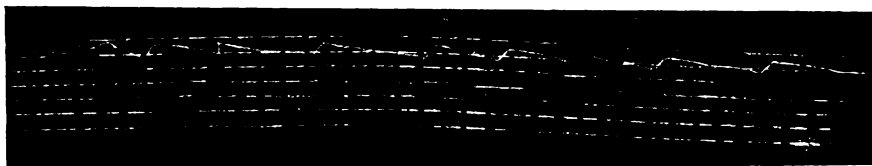
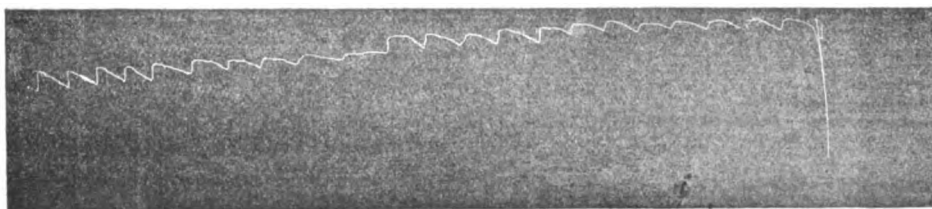
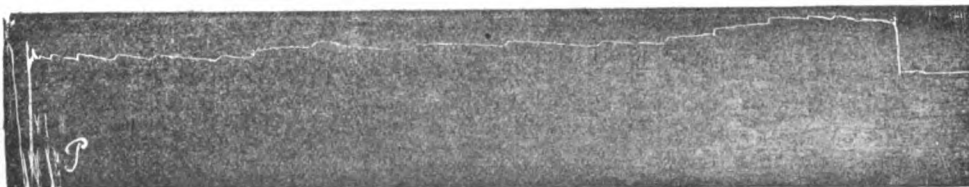
In tutti i sei primi malati infatti si è osservato un costante e patologico aumento dei solfati e dei cloruri: mentre l'urea si manteneva ad una media millesimale poco caratteristica (bassa in alcuni: 8 0/00, altissima in altri: 22 0/00) e l'orina era spesso poco acida o di reazione anfotera (un caso).

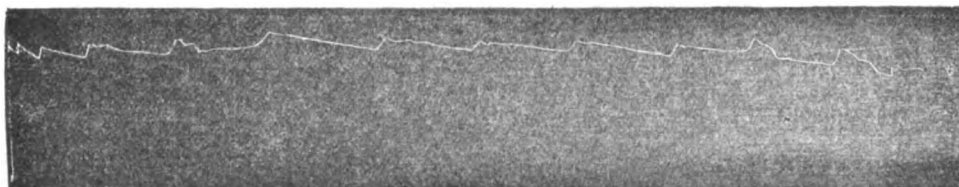
Mentre questi dati confermano, per i dementi precoci, i risultati ottenuti dal Pighini e dal D' Ormea, dimostrano ancora che l'aumento dell'eliminazione azotata, solforica, clorurata sono una particolarità comune ad altri stati psicopatici: specialmente quando in questi il metabolismo organico venga alterato per una nuova causa morbigena endogena (anemia secondaria) o esogena (infezione tubercolare, postumi infettivi e tossiemici).

Ricerche di controllo eseguite su altri psicopatici affetti da varie forme mentali ma in buone condizioni somatiche mi hanno dimostrato per verità che la perdita eccessiva in solfati e cloruri non è un fatto necessariamente specifico del ricambio organico di ogni alienato: ma che è spesso un fenomeno ricorrente e parallelo ad un periodo di abbassamento dei poteri assimilativi generali, determinato da cause svariate.

E' opportuno quindi, prima di attribuire ad una psicosi una formola di alterazione ricambiale ad essa propria, di tener conto non solo della natura clinica di quella, ma ancora delle condizioni somatiche del soggetto, nel momento in cui viene studiato.

Le ricerche urologiche ed ematologiche intraprese nello studio delle psicosi, per quanto numerose ed accurate, non sono ancora esaurienti su tale proposito: da un lato, perchè ancora recenti, dall'altro perchè ancora non complete.

Stabiliti ora nei casi oggetto del nostro studio, i principali esponenti della disintegrazione ricambiale, come sopra è stato riferito, riesce ovvia l'indicazione terapeutica causale. Questa va diretta a stimolare la sanguificazione ed a riparare le perdite eccessive dovute sopratutto alla scomposizione delle albumine non utilizzate e diretta-

CASO I. — TRACCIATO 1.

CASO I. — TRACCIATO 2.

CASO III. — TRACCIATO 3.

CASO III. — TRACCIATO 4.

mente sottratte all'economia organica. La cura fosfo-albuminata applicata sotto forma del Protylin e dei suoi composti ferrici, arsenicali e bromici mi sembra, in base ai risultati ottenuti, capace di riparare in gran parte tali perdite restituendo alle funzioni del ricambio il tono biologico loro necessario.

E' da notare che questi composti organici, ricchi di fosforo, sono perfettamente tollerati anche ad alte dosi e non dànno alcun fenomeno secondario. La protilina è stata somministrata a tutti i pazienti mescolata al brodo, alla zuppa, al latte ecc., senza che costoro se ne siano mai avveduti: vantaggio questo non disprezzabile, quando si pensi che facile è negli alienati il misoneismo e la ribellione qualsiasi intervento che comunque disturbi il monotono ritmo vegetativo della loro vita manicomiale.

Le conclusioni che si possono trarre infine sono le seguenti:

1. In varie psicosi acute e croniche, e negli stati di esaurimento che in queste si possono verificare per ricorrenze morbose spontanee o per nuove malattie esogene (tubercolosi) si osserva, a lato dei fenomeni di oligoemia, ipoglobinemia, iperleucocitosi, un'alterazione caratteristica della formola urinaria.

Tale alterazione è rappresentata: *a*) da debole acidità; *b*) da irregolarità del quantitativo ureico; *c*) da un aumento patologico dei cloruri e dei solfati: fatti che stanno ad indicare una disintegrazione acuta dei processi assimilativi.

2. Il trattamento fosfo-albuminato con il protylin e suoi derivati agisce in tali casi compensativamente attraverso il seguente meccanismo: *a*) miglioramento della crasi sanguigna, della formola emoleucocitaria e del tasso emoglobinico; *b*) elevamento del peso corporeo, della termogenesi e dell'attività circolatoria; *c*) ritorno della formola urinaria verso la norma per una sensibile riparazione delle perdite in solfati e cloruri, con una notevole utilizzazione del fosforo organico introdotto, e con una riduzione dell'urea al quantitativo medio normale.

BIBLIOGRAFIA.

1. *Dide et Chenais.* — Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce. Annales médico-psychologiques, 1902.
2. *D' Ormea e Maggiotto* — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. Giornale di psichiatria clinica ecc. 1904 - 05.
3. *D' Ormea* — Il potere riduttore delle urine nei dementi precoci. Rivista sperimentale di freniatria, 1906.
4. *Pighini* — Il ricambio organico nella demenza precoce. Riv. sperimentale freniatria, 1910.
5. *Pouchet et Chevalier* — Action des composès phosphorès organiques sur circulation. Bullett. gènèr. de Therapie n.° 24, 1905.
6. *Schaerges* — Zur Behandlung des Morbus Basedowii. Neue Therapie n.° 8 1903.
7. *Gnezda* — Ueber Protylin. Deutsche Aerzte Zeitung. 1903.
8. *Gallenga* — Contributo allo studio della medicazione fosforata ecc. Il Policlinico, sez. pratica, 1906.
9. *Gerhartz* — Beitrag zur Phosphorbehandlung gewisser Krampfformen der Kinder. Therapie der Gegenwart Heft 5. 1904.
10. *Alt* — Ernährungstherapie der Basedow'schen Krankheit. Münch. med-Wochenschr. n.° 24. 1906.
11. *Siegmann* — Ueber die Anwendung des Protylin Roche bei Neurosen. Aerztl. Central-Zeitung n.° 6 1904.
12. *Bazzicalupo* — Studio sintetico sui preparati organici di fosforo. Gazzetta internaz. di medicina, 1904.
13. *Graziani* — Contributo allo studio della glicosuria alimentare in alcune malattie mentali. Giornale di psichiatria clinica ecc. 1908.
14. *Boschi* — Ricerche sulla levulosuria sperimentale ecc. Giornale di psichiatria clin. ecc. 1908.
15. *Cuneo* — Alterazioni del ricambio proteico in alcune malattie (psicosi maniaco depressiva e demenza precoce). Bollett. delle Scienze med. fasc. XII. Bologna, 1910.
16. *Kauffmann* — Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. G. Fischer. Jena. 1910.
17. *Hoennicke* — Ueber das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutische Konsequenzen. Samml. zwangl. Abhhandl. a. d. Gebiete d. Nerv. u. Geisteskrankheiten. 1906. Marhold. Halle. a/S.
18. *Graziani* Ricerche sulle modificazioni citologiche del sangue nelle principali psicosi. Rivista sperimentale di freniatria. 1910 - 11.
19. *Baccelli e Terni.* L' indice opsonico in alcuni malati di mente. Rivista di patologia nervosa e mentale p. 24 1911.
20. *Lépine et Popoff* — Recherches sur les variations cytologiques du sang chez les aliénès. Encephale n.° 12, 1908.
21. *Allers* — Fatti e problemi della patologia degli scambi nutritivi nel loro significato per la psichiatria. Journ. f. Psychol. u. neurol. p. 157 e 240. 1910.
22. *Simonelli* — Il potere antitriptico del siero di sangue in alcune malattie mentali. Rivista di patologia nervosa e mental. 1911.
23. *Laignel - Lavastine et Rosanoff* — Valeur pratique de la glycosurie alimentaire dans le prognostic des délires. Encephale, p. 282. 1.° sem. 1909.

Manicomio di S. Salvi in Firenze

Facoltà affettive superstiti nella demenza

Osservazioni psicologiche e considerazioni critiche

DEL

Dott. Ettore Palazzeschi

Una speciale condizione psichica meritevole di essere considerata, mi è parsa quella di alcuni dementi che mi accingo a descrivere, i quali accanto al decadimento assai avanzato delle facoltà intellettuali non solo non presentano un proporzionato deterioramento delle facoltà affettive, ma queste in essi continuano a dimostrarsi assai alacri ed attive e capaci di elaborare e produrre manifestazioni affettive di ordine elevato quali sono quelle proprie dei sentimenti altruisti che per essere tra i più delicati complessi ed evoluti e tra gli ultimi a formarsi, sono soggetti prima degli altri a disorganizzarsi e a dissolversi, come dice il Ribot (1), specie nelle forme di pazzia a carattere demenziale, e sembrano incompatibili con la decadenza delle facoltà intellettive da cui traggono incremento e sviluppo.

La particolarità che io intendo di segnalare, ove non sia soltanto apparente, sarebbe tanto più notevole in quanto che i malati che la presentano conservano le traccie di una antica demenza precoce dove la demolizione o l'involuzione delle facoltà affettive spesso

(1) Th. Ribot — La Psychologie des Sentiments. Paris. Felix Alcan, éditeur. 1906 Sixieme édition.

precede la regressione intellettuale e quasi sempre l' accompagna o la segue. E dove anche in casi in cui l' indebolimento progressivo dell' intelligenza non si accentua, può aversi quella varietà di pervertimento morale chiamata dal Kahlbaum eboidofrenia, che come dice il Tanzi (1) si può intendere come un' immoralità costituzionale che comincia ad affermarsi in modo autonomo.

Inoltre questi dementi sono assai avanzati negli anni e la senilità come resulta anche da uno studio del Pachantoni (2) è stata ritenuta di per sè stessa sola sufficiente a produrre un' involuzione delle facoltà affettive che si dimostra sopratutto con l' infievolimento dei sentimenti sociali.

E la cosidetta Follia ragionante di Esquirol denominazione conservata dal Kraft - Ebing è come dice il Tanzi un sintomo caratteristico della psicosi presenile, e della demenza senile in cui si ha quella varietà attenuata e che potrebbe dirsi domestica di pervertimento morale, quella immoralità spicciola che non si manifesta con crimini, ma con punture di spillo nella cerchia angusta della famiglia.

Ed il Ferè (3) pag. 492 dice :

Dans l' alteration senile du cerveaux et dans les conditions analogues qui se caractèrisent par la demence , les sentiments et les emotions s' effacent après les faits d' ordre intellectuel. La dissolution etrograde des phènomènes affectifs est la consequence de la dèchéance intellectuelle. L' emotion est toujours subordonnée à la reprèsentation.

I casi da me osservati parrebbero dunque volere stare invece a dimostrare che le facoltà affettive possono rimanere incolumi vitali e feconde, mentre le intellettive sono prossime ad esaurirsi.

Se ciò sia vero solo in apparenza, o anche in realtà, e fin dove; e se nel caso ciò debba considerarsi solo come condizione psichica eccezionale e privilegiata; è quello che mi sono assunto di ricercare.

Si tratta di alienati assai avanzati nella demenza e nella età che

---

(1) Tanzi — Trattato delle malattie mentali.
(2) Pachantoni — La dissolution de la vie affective dans la vieillesse.
(3) Fèrè — La Pathologie des émotions.

da anni si sono completamente dedicati con la più premurosa sollecitudine all' assistenza di alcuni idioti che convivono con loro nel manicomio succursale di Castel Pulci che è appunto un asilo di dementi e di idioti. Essi proseguono indefessamente questa loro opera di assistenza minuziosa e solerte ponendo tutta la loro attività ed il loro impegno nel provvedere a tutti i bisogni che questi idioti per la loro inettitudine e per la loro impotenza fisica e mentale, sono incapaci di soddisfare da sè soli.

Questi dementi non tollerano che tali servigi vengano ad essi prestati dagli infermieri, si mostrano incontentabili dell' opera che questi prestano talora ai loro protetti; e certo nessun infermiere per quanto zelante potrebbe perdersi in tante minuzie nè potrebbe venire obbligato a prodigare dimostrazioni di affetto ai medesimi. Perciò gl' infermieri si limitano a vigilare questi dementi mentre compiono questi loro uffici di assistenza ai quali essi attendono con zelo impareggiabile.

I servigi che questi dementi rendono agli idioti loro protetti sono spesso ingrati e fastidiosi e talora anche faticosi per la loro età, ma non per questo essi se ne ristanno anzi non solo non se ne rammaricano mai ma cercano piuttosto di nascondere che di mettere in mostra il lato fastidioso e difficile e penoso degli uffici che compiono a pro' di questi malati forse anche pel timore di esserne distolti e impediti.

E senza darlo a divedere essi non trascurano nessun mezzo che sia in loro potere non risparmiano nessuna fatica e nessun disagio non recedono da nessun sacrificio superiore alle loro forze ed alla loro età, pure di procacciare a questi idioti oltre ai servigi che loro rendono anche qualche altra piccola soddisfazione che li possa rendere più contenti.

Tutto questo essi lo fanno silenziosamente, tranquillamente, senza ombra di ostentazione, senza accennare mai la pretesa di una qualsiasi ricompensa.

Descriverò ora in particolare ciascuno dei dementi e degli idioti che sono stati oggetto delle mie osservazioni, e le cure speciali che di questi essi si prendono. Comincio dal presentare il demente: Bertini Silvestro.

È questi un vecchietto che conta omai 76 anni e trovasi da 42 anni al Manicomio di Firenze. Vi fu ammesso il 9 luglio 1870 aveva allora 34 anni, celibe. Il Bertini viene descritto come un imbecille fino dalla nascita per cui spesso quando era fuori del manicomio era il trastullo e il bersaglio degli indiscreti. Era già un anno che il Bertini incominciava a temere che un certo frate lo perseguitasse; il Bertini dice che aveva saputo ciò da un altro frate e da una speciale rivelazione avuta da S. Caterina dei Ricci. Perciò un giorno il Bertini incontrato per una strada di campagna il primo di detti frati lo percosse con un grosso sasso sulla testa e lo fece stramazzare a terra. Quindi il Bertini fu incarcerato e processato e in seguito a perizia dei professori Bini e Grilli i quali poterono facilmente diagnosticare in lui imbecillità intellettuale e delirio di persecuzione, il Bertini fu dichiarato irresponsabile e come tale fu rinchiuso nel manicomio di Firenze. Il Bertini fu trasferito nel manicomio di Castel Pulci il 5 agosto 1871.

Il Bertini è stato sempre nel manicomio uomo attivo e laborioso e diligente. Nei primi tempi veniva adoperato per aiutare in guardaroba. Quando nell'ora della dispensa del vitto si chiudeva la guardaroba il Bertini aiutava gli infermieri nella dispensa del vitto agli idioti. In quel tempo (1888) si occupava di essi nel manicomio di Caslel Pulci un tipo curioso di ricoverato di cui ne resta ancora la ricordanza per la sua singolarità. Era questi Don Angiolo Capponi, prete povero, uomo stravagantissimo dotato di notevole intelligenza, il quale viene notato nei registri di quel tempo come affetto da teomania. Era un paranoico, probabilmente con delirio di grandezza o almeno con un concetto smisurato della propria eccellenza; come prete era un ribelle un preteso riformatore un modernista di quel tempo. Nel manicomio, dove si dava l'aria di spadroneggiare si era assunto l'incarico di maestro degl' idioti. Secondo il Bertini che lo ha conosciuto bene perchè in quel tempo prestava qualche servizio di assistenza anche egli agli idioti in aiuto degli infermieri, secondo il Bertini, il Capponi era un maestro assai arcigno e manesco che scapaccionava spesso i suoi allievi e si approfittava volentieri spesso di bere il vino assegnato ad essi alla mensa. Secondo il Bertini questo Capponi aveva delle preferenze interessate per alcuni di essi, trascurava quelli di minor conto che non gli andavano a genio, che non gli erano stati raccomandati.

Fra gl' idioti trascurati dal Capponi vi era (sempre a detta del Bertini) un certo Petrioli Eugenio dal quale il Bertini prese fin d'allora ad occuparsi e continua indefessamente tuttora dopo 24 anni.

Questo Petrioli Eugenio era stato ammesso nel manicomio di Fi-

renze il 9 Dicembre 1886 alla età di anni 12. Fu trasferito a Castel Pulci il 12 marzo 1888. Il Petrioli è un idiota cerebro - plegico pare in seguito a trauma.

Dalle notizie anamnestiche da me raccolte da alcuni suoi parenti che vengono a visitarlo risulta che il Petrioli era nato in ottime condizioni di salute da genitori sani. Fu dato a balia, e fino a 7 mesi crebbe un bel bambino, quando avvenne che i genitori ebbero la notizia che il bambino era caduto da letto e si era fatto molto male. Infatti si manifestarono in breve fenomeni di paralisi. Adesso il Petrioli è paraplegico agli arti inferiori, la paralisi è spastica, i riflessi rotulei sono esagerati gli arti inferiori sono rimasti più corti con masse muscolari atrofiche. Il Petrioli è completamente idiota afasico perde involontariamente le orine e le feci per incontinenza degli sfinteri.

Una anomalia somatica caratteristica che presenta il Petrioli è costi tuita da alcune pieghe del cuoio capelluto, che occupano la regione biparietale a destra e a sinistra della linea mediana, parallele fra loro e separate da solchi profondi; molto simili a quelle descritte dal Gatti, (1) sul significato patologico delle quali mi riferisco alla sua pubblicazione.

E' incapace di alimentarsi da sè, di eseguire i movimenti coordinati necessari a tale scopo. Giace in letto quando non è tramutato dal Bertini e messo a sedere sulla poltrona. La sua fisonomia è inespressiva, gira lo sguardo attonito di qua e di là ma sembra incapace di rendersi conto di ciò che lo circonda. Solo se si guarda quando il Bertini lo imbocca smette di mangiare e da nessun altro si vuol fare imboccare tanto che quando dal 7 febbraio al 29 marzo 1895 fu da Castel Pulci trasferito nella clinica psichiatrica di S. Salvi richiesto ivi per ragione di studio, non volle assolutamente farsi imboccare da nessuno e ritornò a Calstel Pulci talmente denutrito che il Bertini non lo voleva più riconoscere nè assistere dicendo che glielo avevano barattato. Il Bertini stesso racconta che mentre stava in forse se riprenderlo o no il Petrioli fece un cenno col capo, il Bertini allora lo riconobbe e lo riprese nella sua protezione. Cominciò subito a cambiarlo e quando gli fu portato il vitto e il Bertini glielo somministrò, il Petrioli ne mangiò subito senza esitare.

Il Bertini adunque da più di 20 anni si è dedicato completamente all'assistenza di questo idiota. Il Bertini pensa ad imboccarlo ad ogni pasto. Appena arriva la dispensa del vitto, egli è subito pronto il primo a prendere la porzione e a sceglierla per il suo protetto: per sè non ci bada e si contenta di tutto, egli mangia dopo avere alimentato il ragazzo, così lo

(1) Gatti Dott. Giovanni. Contributo allo studio di alcune pieghe del cuoio capelluto nei degenerati. Note e Rivista di Psichiatria Direttore A. Dornea.

chiama sempre, sebbene il Petrioli abbia ora 38 anni. Il Bertini nell' imboccare il malato sta attento che la roba non sia troppo calda e spesso l' assaggia, ci soffia, e la biascica, ciò anche perchè ha paura che vi mettano il veleno. Il Bertini pensa poi alla nettezza del Petrioli a cambiarlo a ripulirlo ed a lavarlo. Tiene nascosto in seno perciò una muta di biancheria per cambiarlo volta volta e poichè il Petrioli spesso stando levato da letto se la fa in dosso il Bertini se non ha pronto un paio di calzoni per cambiarlo si mette in dosso i calzoni bagnati pisciosi del Petrioli ed a lui dà i suoi asciutti. Quando vuol rifargli il letto, e cambiarne le lenzuola Bertini prende il Petrioli di peso per deporlo nel letto che gli è accanto. Ciò fa con la massima precauzione, e deve durare molta fatica perchè il Bertini è vecchio ed esile ed il Petrioli assai pingue e peso. Questi mentre il Bertini lo prende di peso gli si avviticchia al collo con le braccia, è questo uno dei pochi movimenti coordinati che il Petrioli sa eseguire spontaneamente non so se automaticamente o coscientemente. Quando la stagione è buona allora il Bertini procura che anche il Petrioli possa godere un po' di sole all'aperto nel piazzale. Perciò fa portare la poltrona vicino al letto del Petrioli e dopo averlo vestito lo depone sulla poltrona che facendosi aiutare da un altro malato di sua fiducia fa trasportare nel piazzale. Ivi ve lo tiene per vario tempo secondo che crede necessario. Qui è da notare un altro accorgimento di cui da prova il Petrioli. Mentre sta per passare con la poltrona dall' uscio, spontaneamente ritira le braccia dai bracciuoli sui quali si appoggia, per non urtarle nella soglia dell'uscio. Il Petrioli sta sempre nell' infermeria il Bertini durante il giorno non lascia mai il Petrioli, ma la notte dorme al piano superiore nel dormitorio comune perciò il Bertini la sera è l'utimo a lasciare l'infermeria e la mattina è il primo a ritornarvi per poter subito riprendere la sua opera di assistenza al Petrioli. Come ho già accennato il Bertini è un imbecille con delirio di grandezza e di persecuzione. Egli ha nozioni rudimentali, limitate alle cose più indispensabili agli usi della vita. Il suo linguaggio è povero, ha pronunzia difettosa. Non è in grado di compredere concetti d'ordine generale, non sa quanti anni ha e dice che non lo può sapere dopo tanto tempo che è stato al manicomio, per saperlo bisogna andare al Duomo, o in Comune o al Tribunale. Sopra un tal fondo d'insufficienza intellettuale si è impiantato un delirio di grandezza e di persecuzione che come abbiamo visto ha dato luogo a reazioni sproporzionate come la vendetta crudele contro il frate che egli credeva lo perseguitasse.

Il delirio di persecuzione che ancora persiste è alimentato da allucinazioni. Egli si lamenta di azioni malefiche che vengono esercitate su di lui e sul Petrioli. Dice che vengono buttate delle polveri venefiche sopra

il suo letto e su quello del Petrioli ciò fanno la notte e gli bagnano anche il letto, la camicia e la camiciuola. E quando al Bertini pare che il Petrioli non abbia voglia di mangiare o abbia disturbi intestinali ne incolpa subito queste azioni malefiche che vengono esercitate da antichi medici e infermieri un tempo impiegati al manicomio e che ora non vi sono più da molto tempo e la maggior parte sono defunti; ma per il Bertini vi sono sempre vivi e presenti. Il delirio di persecuzione regola tutti i suoi atti. Un giorno mentre facevo la visita vidi il Bertini che imboccava il Petrioli. Aveva posato per terra la scodella della minestra e prima di essa faceva mangiare al Petrioli la pietanza che consisteva in tre polpette. Domandai al Bertini perchè desse al Petrioli la pietanza prima della minestra. Ed egli mi rispose: Io gli ho dato prima le polpette perchè le mangiasse tutte, altrimenti dopo la minestra non avrebbe avuto più fame e non le avrebbe mangiate tutte, e allora si crederebbe che non gliele avessi date per mangiarmele io.

Domandando al Bertini qual' è la ragione di tanto interessamento suo per il Petrioli; egli risponde che il ragazzo è un suo stretto congiunto e crede di dimostrare fantasticando degli strani legami di parentela fra i genitori del Petrioli e la famiglia del Bertini.

Un' altra demente è Pieraccini Anna.

Luogo di nascita Forlì - domiciliata a Rocca S. Casciano Terra del Sole ammessa il 30 giugno 1891 nel manicomio di Firenze essa era allora in età di anni 28. Coniugata a Pieraccini Giuseppe non recidiva.

Trasferita a Castel Pulci il 19 agosto 1895 con queste notizie.

« Era una donna docile e tranquilla che attendeva con cura ai lavori di casa. Era sempre stata savia e non ha mai avuto alcun parente affetto da pazzia. Nel giugno dell'anno 1891 un suo figlio di anni 3 percosse un altro fanciulletto perciò fu rimproverato fortemente dai parenti di questo. La Pieraccini ne provò tale impressione che cominciò da prima a farsi triste poi divenne agitata ed incoerente. La notte era completamente insonne, e la passava strepitando e tentando di fuggire ed alzandosi in piedi sul letto percuotendo e dando morsi a tutti quelli che si trovavano vicino. Fu condotta al manicomio dove fu fatta diagnosi di mania con furore. Stette nel manicomio agitata per qualche mese e poi si calmò, ma le sue condizioni mentali non si riordinarono e presto passò alla demenza consecutiva ». Attualmente la malata è in uno stato di profonda demenza. E' in grado di compiere alla meglio qualche lavoro di cucito. Si prende cura materna di due idiote. Di solito è tranquilla ma va soggetta però a periodi più meno lunghi di agitazione con profondo oscuramento della cocienza con disturbi allucinatorii e confusionali. La Pieraccini presenta allora una specie di vita psichica crepuscolare. Non comprende più nulla,

è in preda a viva agitazione motoria, si vede fare gesticolazioni automatiche; batter palma a palma, contorcimenti del viso, correre all'impazzata, percuotersi sghignazzare. Tralascia allora tutte le sue occupazioni consuete, li lavoro, l'assistenza delle due idiote. Delle quali non si occupa più affatto. Mentre quando si è riordinata cessato lo stato di agitazione, ha per esse ogni sorta di attenzioni; provvede con la massima accuratezza a tutti i loro bisogni. E' tutta persa per loro, le imbocca, le veste, e le mette a letto, le spoglia, le tiene pulite; le custodisce, le sorveglia perchè a loro non manchi nulla del necessario.

Queste due idiote sono una certa Mosi Narcisa l'altra Pistorozzi Annunziata.

Mosi Narcisa nata a Montepiano l'anno 1884, ammessa nel manicomio di Firenze il 26 dicembre 1894. Fu trasferita nel manicomio di Castel Pulci nel 1895. E' un' idiota epilettica. Le convulsioni si manifestarono all'11° mese. Presenta idiozia grave. La malata non parla, non emette di tanto in tanto che qualche grido inarticolato. Ha accessi convulsivi frequenti. Cammina in modo goffo ed incerto. Non presenta asimetrie somatiche. I riflessi tendinei non sono esagerati. È sudicia, disordinata. È incapace di nutrirsi da sè, di provvedere ai più elementari bisogni.

Una sua sorella pure idiota epilettica fu ammessa nel manicomio il 26 maggio 1907, ma per quanto stiano insieme non mostrano affatto di conoscersi.

L'altra idiota è Pistorozzi Annunziata nativa di Sambuca Pistoiese l'anno 1885. Essa pure presenta idiozia grave. La malata è ridotta alla pura vita animale. Non è epilettica, non presenta sintomi somatici evidenti di cerebroplegia. E' sudicia. Spesso eccitata. L' eccitamento compare a periodi assai brevi ogni due o tre giorni ed è assai modico; consiste sopratutto nel mettersi a camminare incessantemente per lungo tempo descrivendo degli archi di cerchio o dei cerchi interi, mugolando.

Di queste due idiote la Mosi ha 28 anni e la Pistorozzi 27 ma dimostrano, relativamente allo sviluppo fisico, un'età inferiore ai 15 anni.

La Pieraccini la mattina pensa essa a farle alzare a vestirle, a lavarle a far loro toelette. All' ora dei pasti pensa ad imboccare una di loro due la Mosi , incapace di alimentarsi da sè, all' altra la Pistorozzi pensa a distribuire il vitto già che essa è in grado di mangiare da sè. Delle due quelle che ha più bisogno di assistenza è la Mosi la quale è affatto inetta a provvedere da sè al più elementare bisogno. Deve essere imboccata; ripulita, vestita e spogliata. Ha bisogno di assistenza in ogni cosa e questa glicia fa premurosamente la Pieraccini. La sera se la carica sulle spalle e dal piano inferiore se la porta fino su al piano ultimo nel dormitorio comune. Dove appena arrivata la spoglia, la ripulisce, la mette a letto e

dopo si occupa della Pistorozzi; ma questa è più indisciplinata. Vuole andare a letto quando le piace perciò la Pieraccini si limita a ripulirla.

Durante il giorno anche la Pieraccini tiene nascosto in dosso calze ed altri indumenti per esser pronta a cambiare le idiote quando sono sudicie.

Quando la Pieraccini è in istato di calma passa la giornata occupata fra l'assistenza delle due idiote e il lavoro di cucito.

Un'altra demente è Buonamici Elvira. Domicilio e luogo di nascita Firenze. Ammessa due volte al manicomio di Firenze. La prima volta all'età di 28 anni dal 26 giugno 1876 al 22 febbraio 1882, la seconda volta il 4 marzo 1882. La Buonamici ha adesso 64 anni.

Secondo le notizie anamnestiche contenute nella modula informativa la malattia mentale insorse in seguito al dolore di essere stata abbandonata dall' amante col quale pare che avessi avuto rapporti intimi. Quando la Buonamici fu internata al manicomio era triste, piangeva, a volte si disperava; fu fatta diagnosi di Lipemania. Attualmente è in istato di demenza con idee deliranti di persecuzione e qualche idea delirante di grandezza.

La malata presenta un notevole grado di incoerenza. Chiede spesso di essere lasciata libera per andare al Ministero. Con ciò intende il Ministero della Pubblica Istruzione che essa asserisce essere sempre a Firenze in Via Cavour. Presso il Ministero della Pubblica Istruzione essa dice di avere il suo diploma di maestra, e basta che essa si presenti le verrebbe dato subito il posto di maestra, ufficio che essa esercitava prima di venire al manicomio; per di più le verrebbe data anche la casa.

Non è possibile persuaderla della stolidità di queste sue pretese. Essa crede che suo padre non sia morto ma che ciò le sia stato dato soltanto ad intendere.

Fino al giugno dell'anno scorso la Buonamici si è occupata premurosamente di due idiote delle quali una è certa Beconi Pia, l'altra Baroni Elvira. Adesso è solamente alla Beconi che essa dedica la sua assistenza come descriverò in seguito. Della Baroni si occupava anche un'altra demente certa Torsellini Pia nelle ore in cui mancava dalla sala di soggiorno delle ricoverate tranquille la Buonamici, perché adibita ai lavori di guardaroba. La Torsellini se ne occupava non senza frequenti contrasti con la Buonamici che non era mai contenta dell'assistenza per quanto diligentissima che prestava alla Baroni la Torsellini. Anche di questa darò alcune notizie.

Costei fu ammessa nel manicomio di Firenze 48 anni fa il 14 ottobre 1864. Avea allora 25 anni, cosicchè adesso ne ha 73. Fu trasferita al Manicomio di Castel Pulci il primo Maggio 1877.

Attualmente la malata presenta uno stato demenziale avanzato. E' in-

coerente, disorientata, delirante. Il contenuto del suo delirio é estremamente assurdo e paradossale e alimentato da allucinazioni. Ha carattere persecutorio. La Torsellini porta sempre una pezzuola in testa con una cocca sulla fronte. Quando si occupava della Baroni teneva attaccata alla cintura penzoloni davanti e di dietro la biancheria occorrente a mutare la idiota quando si insudiciava, per avere questa biancheria sempre pronta a sua disposizione. Fino ad ora la Torsellini si occupava anche della cucinetta del padiglione Tranquille e della lavatura delle stoviglie e faceva ciò con la massima nettezza e precisione. In questi ultimi tempi si era intestata a voler risciacquare i piatti che aveva già lavato, nell'acqua sudicia anzichè in quella pulita, ed allora non le è stata più permesso di continuare a disimpegnare tale incombenza. Ciò nonostante continua a tenere penzoloni attaccati alla cintura dei canovacci, tantochè sembra un attaccapanni, per potere all'occasione asciugare le stoviglie.

Questa demente si occupava con molto impegno e con molto affetto della Baroni. Domandandole il perchè di tanto interessamento rispondeva perchè l'aveva conosciuta fin da quando era gattina. E in proposito aggiungeva delle spiegazioni altrettanto paradossali ed assurde. Si occupava della Baroni con molto affetto, la teneva vicino a sè quando lavorava di calza, la sorvegliava, e la cambiava quando se la faceva indosso. La sera pensava essa a metterla a letto, e per quanto la Torsellini si professi miscredente e bestemmi e ce l' abbia a morte con i preti pretendeva ogni sera di far recitare alla Baroni una preghiera che essa non poteva ripetere naturalmente e che diceva così: « Chiedo grazia di esser buona e sana di cervello per potere conoscere il bene dal male e di non dar retta alle cattive tentazioni, di non star male nè da viva nè da morta, la grazia di veder bene, e che mi stia lontano chi mi vuol male e mi vuol far del male. »

E' curioso osservare che in questa preghiera la Torsellini ha studiosamente evitato di nominare Iddio, al quale pure s'intende rivolta, perchè contro Dio la Torsellini conserva sempre rancore.

Dopo aver messa a letto la Baroni la Torsellini si ritirava nel suo camerone portando con sè le vesti e la biancheria della Baroni e le attaccava ad una fune che tendeva fra il suo letto e quello della malata che le stava accanto.

E ciò per potere rimettere la mattina alla Baroni le vesti asciutte nel caso che fossero bagnate di orina. Quando la Baroni morì, la Torsellini si mostrò addoloratissima, per molti giorni continuò a piangere dirottamente; ancora la ricorda commovendosi; e non ha più voluto occuparsi di nessun' altra idiota.

La Baroni Elvira, nativa di Brozzi, era stata ammessa al manicomio di Firenze il 3 settembre 1904, all'età di 9 anni Cosicchè quando essa mo-

rì il 7 giugno 1911 ne aveva 16. Era affetto da idiozia grave. Non intendeva nulla, non esprimeva alcun bisogno, non era capace di proferire spontaneamente che dei suoni inarticolati, e oltre a qualche monosillabo non sapeva pronunziare altro che pelè, pelè, che ripeteva insistentemente per lungo tempo. Spesso era inquieta, gridava, si percuoteva con i pugni e respingeva con movimenti disordinati quanto le si avvicinava.

Nei primi giorni di vita, ebbe un' oftalmia per cui rimase cieca bilateralmente.

Alla necroscopia resultò che la causa della morte era avvenuta per tubercolosi polmonare inoltre si trovò:

Meningi: Pia madre opacata alla base. Cervello bene sviluppato, senza anomalie evidenti. Chiasma e nervi ottici atrofici. Polmoni infiltrati di tubercoli e focolai di bronco polmonite specifica; aderenze pleuriche bilaterali. Cuore piccolo degenerato. Steatosi epatica grave. Rene bianco, milza voluminosa. Tumefazione delle glandole peritoneali.

Fino adunque al giugno dell' anno scorso in cui morì la Baroni, anche la Buonamici prendeva cura da molti anni della medesima, oltrechè di un' altra idiota sunnominata, certa Pia Beconi.

La Buonamici si occupava della Baroni sopratutto nell' ora dei pasti non potendo in altre ore essendo occupata in guardaroba. Alla distribuzione del vitto, suo primo pensiero era quello di farsi dare una delle migliori porzioni per la Baroni, mentre per sè si contentava di tutto. Anzi poichè per il lavoro che fa in guardaroba essa e le altre ricoverate lavoranti vengono compensate con una piccola refezione, di essa la Buonamici ne faceva sempre tre parti, una per sè e le altre due le riserbava per le due idiote. Mentre la Buonamici era nella sala di soggiorno delle malate tranquille in cui si trovava pure la Baroni, non permetteva affatto alla Torsellini di occuparsene ed erano frequenti alterchi fra loro due. La Buonamici allora non solo si occupava di imboccare la Baroni, ma anche di tutto ciò che concerneva la nettezza della medesima. E poichè questa veniva messa a letto dalla Torsellini, la Buonamici dopo aver messo a letto la Beconi come vedremo, si recava subito dopo al letto della Baroni, per assicurarsi se era stata accomodata convenientemente, poi la baciava, la benediceva, facendole una quantità di segni di croce per farle riacquistare la vista. La notte poi la Buonamici si levava più volte per andare a vedere come stavano le due idiote e se avevano bisogno di nulla, ed a ripulirle se occorreva. Ciò continua a fare ancora per la Beconi e come allora continua ad alzarsi regolarmente alle quattro, per ripulirla e ricambiarla. Durante i tre mesi che precederono la morte della Baroni, la Buonamici aveva il permesso di passare qualche ora ogni giorno per assisterla nell' infermeria. Ciò che faceva dimostrando grande ansia a trepidazione, dimostran-

do specialmente alla morte un profondo dolore, e rimase inconsolabile per molto tempo.

Adesso si occupa esclusivamente della Beconi. La Buonamici durante il giorno è separata da lei perchè degente nell' altro reparto delle semiagitate dove rappresenta il più ributtante stato di abbrutimento.

Questa Beconi Pia nativa di Brozzi, fu ammessa nel Manicomio di Firenze il 15 giugno 1900 all' età di anni 8. Fu trasferita al Manicomio di Castel Pulci il 31 agosto 1900. Cosicchè adesso ha 20 anni. Dalle notizie contenute nella modula informativa, risulterebbe che la Beconi nell' estate del 1898 fu affetta da meningite acuta, guarì, rimanendo emiplegica a sinistra, con afasia.

Da allora il carattere della bambina che niente presentava di strano prima della malattia, si modificò, essa divenne molesta con grande tendenza a tutto fracassare, a noiare i fratellini e i coetanei. Andava incon tro ad ogni pericolo senza discernimento. Affermando i genitori di non poterla tenere in casa, fu inviata al Manicomio.

Presentemente la Beconi non solo non è capace di dire una parola ma neanche di far comprendere di avere qualche desiderio, sia pure con moti mimici corrispondenti. É sudicia. Non sorvegliata si avvicina ad altre idiote o dementi e mette loro la lingua in bocca. Presenta i segni di cerebroplegia sinistra, l' arto inferiore sinistro è atrofico, con riflessi tendinei esagerati, e piede equino varo. Naso fortemente depresso alla radice. Va soggetta a frequenti accessi epilettici.

Ogni sera quando le ricoverate semiagitate a tranquille salgono dai loro rispettivi reparti al piano superiore nei loro dormitori, e si ritrovano a piè della scala nel corridoio comune, allora la Buonamici aspetta ivi la Beconi e se la carica sulle spalle a cavalluccio e la porta così al piano superiore salendo circa 40 scalini per una scala erta e malagevole con un peso considerevole sulle spalle quale è quello di questa idiota mentre essa è vecchia rachitica mingherlina e assai macilenta e però deve durare una grande fatica. E la mattina parimente all' ora della levata dopo che la Buonamici ha fatto la più accurata toelette possibile alla Beconi, se la carica nuovamente sulle spalle per farla ridiscendere nel piano inferiore fin dove la può accompagnare e poi la lascia andare con gran rammarico nel suo reparto nella sala di soggiorno delle semiagitate; mentre la Buonamici discende ancora nella sala di soggiorno delle tranquille che trovasi al pian terreno. La Buonamici si lamenta continuamente di dover stare separata dalla Beconi durante il giorno e di non poterla assistere e custodire come vorrebbe. Crede che nel reparto delle semiagitate dove si trova venga maltrattata dalle malate e dalle infermiere, e che soffra ogni privazione Quindi è molto contenta quando nel piazzale dove si riuniscono tutte

le alienate semiagitate e tranquille nei giorni di bel tempo, può anche durante il giorno essere vicina alla Beconi e custodirla.

Un' altra demente è Galli Silvia. Nativa di Anghiari, domiciliata a Firenze, nubile, attendente a casa, benestante, fu ammessa al Manicomio di Firenze il 4 novembre 1899 in età di anni 42. Fu trasferita a Castel Pulci il 16 giugno 1905. Di lei risultano queste notizie:

Prima di essere ammessa al Manicomio di Firenze era stata ricoverata per 6 anni circa, al Manicomio di Lucca come affetta da Paranoia.

Si riteneva lesa nei suoi interessi da parte del suo Curatore, parlava fra sè lungamente ad alta voce dei suoi interessi prendendosela ora con la zia ora con la cugina perchè non avevano abbastanza premura per lei. Scriveva un gran numero di istanze al Ministro di Grazia e Giustizia perchè venisse proceduto contro il suo curatore. Uscì dal Manicomio di Lucca perchè chiesta in custodia domestica da una sua zia. Appena arrivata in casa di questa, la malata si agitò in modo che dovè essere inviata d' urgenza al Manicomio di Firenze. Attualmente la Galli Silvia è relativamente bene orientata riguardo al presente, non sa però quando fu ammessa al Manicomio e sbaglia di circa 4 anni. E' incoerente nell' ideazione. È dominata da un delirio paranoide a contenuto persecutorio, in cui ora prevalgono idee fatue e paradossali. Nel parlare adopra spesso espressioni speciali come: sono abusata. Ritiene di essere vittima di odiosità e di menzogne da parte dei suoi parenti per fuggire le quali preferisce di stare nel Manicomio. Nega di essere ammalata e non ha un'idea chiara della sua situazione perchè parla di uscire dal manicomio quando le piacerà. Dice che quando era fuori aveva delle paure e delle ubbie, si fece i fogli da sè stessa per entrare nel Manicomio, scrivendo al Delegato. Dice di avere due case e di averci messo delle persone per attenderla e per aprirle la porta quando si presenterà. È pulita, ordinata lavora di ricamo. La Galli si prende molta cura di un' idiota certa NARDINI REGINA.

Essa è nativa di Bagno a Ripoli. Fu ammessa nel manicomio di Firenze all' età di anni 7 il 12 novembre 1904. È un' idiota ed altresì epilettica. Gli accessi sono assai frequenti e ripetuti.

La malata è gravemente deficiente nell' intelligenza e nell' affettività. E' incapace di spiegare la minima attenzione. Presenta alalia, blefaroclono bilaterale, esagerazione dei riflessi tendinei. Presenta inoltre atteggiamenti e movimenti automatici. Emette involontariamente le feci e le orine. La Nardini va soggetta a periodi di grave agitazione, durante i quali grida disperatamente per delle ore, morde le altre ricoverate e le infermiere, spesso è necessario metterla in letto e praticarle qualche iniezione di ioscina. È disordinata e sudicia. Buone le condizioni di nutrizione generale. La Nardini ha ora 15 anni. Questa è l' idiota di cui si occupa con tanto amore la Galli. Essa

non si trova nello stesso padiglione della Nardini, la Galli è nel reparto tranquille mentre la Nardini è tra le semiagitate. Perciò non può la Galli prestare alla Nardini tutta l'assistenza che vorrebbe giacchè non può stare insieme con lei che nel dormitorio e nel piazzale. Poichè la sala di soggiorno delle tranquille trovasi un piano al disotto della sala di soggiorno delle semiagitate, queste sono sempre le prime ad arrivare la sera nei dormitori al piano ultimo. La Nardini appena arrivata nei dormitori se non trova la suora o la Galli che la trattengono, comincia subito a sbandarsi ed a vagare di qua e di là pei cameroni. Perciò il primo pensiero della Galli appena messo piede nei dormitori è quello di mettersi subito a rintracciare la Nardini. Trovatala, la riguarda tutta da capo ai piedi, la spoglia, la lava la ripulisce e poi la mette a letto. Poi prende i suoi panni e li porta nel suo letto, perchè ha paura che nella nottata quelli della Nardini vengano portati via. E ciò specialmente perchè la Galli che è assai esperta in lavori di biancheria si occupa con impegno dell' ordinamento dell' armadio della medesima e dei vestiti che vengono portati la mattina nel suo padiglione per gli eventuali bisogni del cambio. Così essa sceglie sempre il vestito migliore e la migliore biancheria e la mette da parte per la sua protetta che sarebbe infatti la meglio vestita se non fosse disordinata e si tenesse pulita. Come fa ogni sera, così ogni mattina si occupa di fare alzare questa idiota, di lavarla, di pulirla, di pettinarla, si occupa di tutte quelle cure di nettezza con l' affetto e la diligenza con cui se ne occuperebbe una vera madre. Ciò che fa è una piccola parte di ciò che vorrebbe fare, e prova una gran pena perchè non le è concesso di stare con questa idiota che alla grave deficienza intellettuale, unisce una assoluta deficienza affettiva, e non è in grado di valutare una minima parte delle cure che la Galli le prodiga; non sente per essa alcuna affezione, alcun attaccamento, la sfugge anzi e si irrita e diventa irrequieta e ricalcitrante quando la Galli si accinge a prestarle l'opera sua, in qualsiasi modo.

Domandando alla Galli perchè porta tanta affezione alla Nardini, essa risponde perchè è suo sangue, della sua razza, della sua "genesi,, . La può quindi considerare come una sua figliuola quantunque essa non l' abbia partorita. Come e da chi sia nata essa non dice, ma dice che la Nardini è tornata bambina per la terza volta, perchè secondo la Galli noi tutti si rinasce più volte, dopo aver vissuto una volta, si ritorna bambini, si cresce, si diviene adulti, s' invecchia, poi si ritorna bambini, e si ricomincia da capo. Essa non vuol dare nessuna spiegazione in proposito, si irrita se s' insiste nel chiederglielа. Bisogna contentarsi delle sue asserzioni, e non domandare di più. Anche di sè stessa dice che essa è «rifatta», e si «rifarà» un'altra volta. Quest'altra si «rifarà» uomo, e poi donna e la Nardini

lo stesso. La Galli dice di sè che è già rinata tre volte e sempre in Italia perchè le piace il suo paese.

Queste che io ho esposte sono le manifestazioni, certo notevoli di altruismo attivo come lo chiama il RIBOT, di cui danno prova questi dementi, che vale la pena di considerare in che rapporto stanno colle loro abnormi condizioni intellettuali.

Prima di esaminare quale correlazione vi è fra i fenomeni intellettivi e quelli affettivi presentati da questi alienati, occorrerà esaminare la questione di indole generale, quella che si riferisce ai rapporti che corrono fra i sentimenti e le idee.

E innanzi tutto:

Vi sono degli stati affettivi puri, cioè a dire vuoti di ogni elemento intellettuale, di ogni contenuto rappresentativo, che non siano legati nè a delle percezioni, nè a delle immagini, nè a dei concetti; che siano semplicemente subbiettivi; piacevoli, spiacevoli, o misti?

Il LEHMANN risponde negativamente. Il FÈRÈ come già abbiamo visto in principio dichiara: l'emotion est toujours subordonnée à la représentation.

Il RIBOT che invece sostiene l'autonomia ed anche la primordialità della vita affettiva, dichiara che è incontestabile che nella regola gli stati emozionali accompagnano gli stati intellettuali, ma egli nega che non possa essere altrimenti cioè che le percezioni e rappresentazioni siano la condizione di esistenza necessaria, assoluta, senza eccezione, di ogni manifestazione affettiva. Egli cita dei casi in cui lo stato affettivo precederebbe lo stato intellettuale, non sarebbe provocato da esso ma lo provocherebbe. Ciò si verificherebbe nel bambino che nel periodo intrauterino e subito dopo la nascita non avrebbe che una vita puramente affettiva, quando ancora è incapace di percepire, oppure la sua vita psichica per quanto sia rudimentale non può consistere che in un vago stato di dolore e di pena analoghi ai nostri. Il RIBOT pone come regola generale che ogni cambiamento profondo nelle sensazioni intime si traduce in un modo equivalente nella cenestesi. e modifica il tono affettivo. Ora le sensazioni interne non hanno nulla di rappresentativo. Di questo stato puramente organico, che diviene affettivo, e poi intellettuale, il RIBOT ne adduce numerosi esem-

pi, dai quali egli crede di dover concludere con l' ammettere l' esistenza di una vita affettiva pura, autonoma, indipendente della vita intellettuale. Il Lugaro (1) sostiene che « i processi cerebrali che formano il substrato dei fenomeni della conoscenza, e dei fenomeni affettivi debbono essere essenzialmente differenti e che con molta verosimiglianza nei centri nervosi si compiono due distinte elaborazioni delle impressioni esterne: una più specialmente legata a condizioni anatomiche, che si svolge tra le terminazioni delle fibre afferenti ai centri, e perciò interneuronica; l' altra invece più specialmente legata a condizioni dinamiche, nutritive, chimiche, che si svolge nello interno del corpo cellulare, e perciò intraneuronica; e che la prima corrisponde ai fenomeni di conoscenza, la seconda ai fenomeni affettivi.

Secondo il Ribot le emozioni vengono sopratutto distinte in due classi: le emozioni inferiori o grossolane che sono state chiamate anche animali perchè esse sono comuni all' uomo ed alla maggior parte degli animali.

Le emozioni superiori o fini che sono propriamente umane per quanto si possono trovare in germe negli animali più elevati.

Le prime son legate a delle sensazioni, a delle percezioni o alle loro rappresentazioni immediate: esse hanno un rapporto stretto e diretto con la conservazione dell' individuo o della specie.

Le seconde sono legate a delle immagini di meno in meno concrete, o a dei concetti, esse hanno un rapporto più vago o indiretto con le condizioni di esistenza dell' individuo o della specie. Si può dire ancora che inferiore è sinonimo di primitivo, semplice; che superiore è sinonimo di derivato, complesso.

Esponendo l' evoluzione della vita affettiva, il Ribot nota, che al di sopra della sensibilità organica, noi troviamo il periodo dei bisogni, ossia delle tendenze puramente vitali e fisiologiche, con la coscienza in più.

Tutti questi bisogni hanno un punto di convergenza: la conservazione dell' individuo, e per impiegare l' espressione corrente, noi tro-

---

(1) Lugaro — I recenti progressi dell'anatomia del sistema nervoso in rapporto alla psicologia e alla Psichiatria. (Riv. di Patol. nervosa e mentale, Vol. IV fascicoli 11 17. 1900).

Lugaro — La legge del determinismo in Psicologia normale e patologica. — Estratto dalle ricerche di psichiatria, neuropatologia antropologia e filosofia dedicato al Prof. Enrico Morselli Tip. Giachetti 1906.

viamo in essi l'istinto della conservazione in esercizio. Uscendo dal periodo di bisogni riducibili a delle tendenze di ordine fisiologico, accompagnate da piacere o da dolore fisico, noi entriamo nel periodo delle emozioni primitive.

Egli chiama emozioni primitive tutte quelle che sono irriducibili alle manifestazioni anteriori, tutte quelle che appariscono come una manifestazione nuova, tutte le altre sono secondarie e derivate.

Secondo l'ordine della loro apparizione, dedotto dallo studio della psicologia degli animali e dei fanciulli, in ordine di data, il Ribot enumera così le emozioni primitive.

1. — La paura.
2. — La collera.
3. — L'emozione tenera.

Con la paura, con la collera, e la tenerezza noi restiamo nel dominio dell'emozioni che l'uomo ha comuni con gli animali: perchè la stessa emozione tenera si riscontra assai bassa nella serie animale, almeno sotto la forma di amore materno. Ma da questa sorgente che è l'emozione tenera, secondo il Ribot, deriveranno più tardi delle forme complesse di una grande importanza, le emozioni morali e sociali, delle quali riprenderemo più innanzi lo studio. Al di sopra di queste emozioni primitive che secondo il Ribot sarebbero cinque perchè a quelle tre già annunziate egli ne aggiunge altre due che sono l'emozione egoista, e l'emozione sessuale; al di sopra di queste emozioni primitive, vi sono numorose forme di sentimento che si manifestano nel corso della vita, suscitate da delle rappresentazioni del passato o dell'avvenire, da delle costruzioni di immagini, da dei concetti, da un ideale.

Il Bianchi (1) dice: se conveniamo nel fatto che tutte le nozioni hanno un esponente emotivo, e tutti gli stati emotivi sono associati a rappresentazioni ideative, intenderemo come a misura che aumentano le idee e si evolve il pensiero, progredisce la complessità affettiva, e le due serie di prodotti accumulandosi costituiscono il patrimonio intellettivo ed emotivo della personalità.

D'altra parte però il Roncoroni (2) osserva che i nostri sentimenti

(1) Bianchi Prof. Leonardo — Trattato di Psichiatria. Napoli casa editrice V. Pasquale
(2) Roncoroni — Introduzione alla clinica delle malattie nervose e mentali. — Torino Unione tipografica editrice 1910.

da un lato possono essere in aperto contrasto con le nostre idee e dall'altro lato è innegabile che possano essere stimolati dalle idee che ci facciano delle cose o delle persone.

Ond'è che nuovamente dobbiamo riproporci il quesito: quali sono i rapporti che corrono fra i sentimenti e le idee?

Il Ribot dice: Une idée, qui n'est qu'une idée, un simple fait de connaissance, ne produit rien, ne peut rien : elle n'agit que si elle est sentie, s'il y a un ètat affectif qui l'accompagne, si elle éveille des tendances, c'est - à - dire des èléments moteurs.

Ed anche il Ribot dice: Pour éprouver les sentimentes d'ordre supérieur, deux conditions sont requises: 1. — il faut ètre capable de concevoir et de comprendre les idées générales; 2. — ces idées ne doivent pas rester de simples formes intellectuelles, mais pouvoir susciter certaines tendances appropriées. Que l'une ou l'autre de ces conditions manque, l'émotion ne se produira pas.

Come avvien però che le idee siano capaci di suscitare o no certi sentimenti e certe tendenze appropriate?

Il Ribot dopo aver notato: que la question se pose toujours quelque opinion que l'on adopte sur la genèse de l'émotion; risponde che: l'état intellectuel s'accompagne d'un état affectif toutes le fois qu'il a un rapport direct avec les conditions d'existence, naturelles ou sociales, de l'individu.

Il Dubois (1) si pone anche egli la stessa questione, e dice: l'idée tout d'abord simplement cognitive intellectuelle froide, devient sentiment, emotion psychique. Demandez moi pourquoi et comment, je vous repondrai: je ne sais pas.

Tuttavia una spiegazione la dà e dice: l'homme est ainsi fait que il a des sentiments comme il a des idées, ou plutot il n'a dans sa tête que des idées les unes purement intellectuelles que ne l'emeuvent pas, d'autres qui reveillent une serie d'associations d'idées le troublant profondement.

La questione in questo modo è spostata ma non risolta, perchè si potrà sempre domandare: E per quale meccanismo questa seconda serie di associazioni di idee svegliata dall'idea iniziale riesce a turbare l'individuo?

(1) Dubois — Les Psichonevroses et leur traitement moral. Paris Massau et C. editeurs.

Quale è dunque la funzione che esercitano le idee nella genesi dei sentimenti. Si tratta solo di rapporti di coincidenza, di associazione e di coordinazione, oppure vi è fra loro un nesso di correlazione anche più stretto quale è quello della dipendenza che esiste fra causa ed effetto?

Come dice il GIACOSA PIETRO: (1) La vita del sentire, la vita emotiva è caratterizzata da una associazione necessaria degli altri organi a quella del pensiero. Se pure vi sono percezioni dei sensi che hanno un carattere di pura e schietta spiritualità come per esempio le osservazioni scientifiche, la lettura di uno strumento le misure di una quantità di una lunghezza, appena a queste percezioni si accompagnano variazioni anche leggere della circolazione che si manifestano in un accelerarsi del ritmo del cuore, in un dilatarsi e restringersi dei tubi elastici in cui scorre il sangue, cioè in un arrossirsi e impallidire della pelle, in un contrarsi dei piccoli muscoletti che sono intorno alla base di ciascun peluzzo, noi sentiamo che il pensiero è mutato ha acquistato un carattere nuovo vivente, che è diventato emozione. E ciò senza cambiar nulla della sua essenza, senza alterarsi minimamente nella sua significazione o nella sua estensione ha *determinato* in noi dei modi di sentire particolari che definiamo secondo i casi con i termini di dolore, piacere, speranza, delusione, etc.

Ed il RIBOT dice: Les emotions sont des reactions de l'individu pour tout ce qui touche à sa conservation ou à son amèlioration, à son être ou à son mieux- être

Come è noto nella dottrina delle emozioni si contendono l'interpretazione del fenomeno gl' intellettualisti che la considerano come un fenomeno essenzialmente psichico, sia pure accompagnato da mutazioni organiche quali reazioni organiche ma secondarie; e i seguaci della teoria somatica capitanata dal LANGE, JAMES, RIBOT, SERGI, che formano il quadrilatere internazionale della teoria somatica dell' emozioni come si esprime il PATRIZI, i quali sostengono che l' emozioni non sussisterebbero se le mutazioni organiche non accadessero e non precorressero.

« Per essi per adoperare le parole del PATRIZI, tutto ciò che si ritiene manifestazione, ecc., riverbero dell' interno avvenimento emozionale, è per contro la sua sola essenza, il suo nocciolo primario. La

(1) GIACOSA PIETRO — **Le due vite.**

successione logica: vedo l'orso, ho paura scappo, non corrisponderebbe secondo essi alla realtà scientifica la quale invece sarebbe: vedo l'orso scappo, quindi ho paura. Di qui la proposta sovversiva di capovolgere nozioni ed espressioni correnti: non più: palpitò per letizia o per amore; ma fu lieto e innamorato perché palpitò. Le emozioni statuì la nuova scuola non sono che la oscura consapevolezza il riverbero cerebrale dei molteplici mutamenti fisiologici, che si intersecano e si succedono nell'organismo animale, in conseguenza della causa della scintilla emotiva » (1).

Sia che si accetti nella teoria delle emozioni la tesi di coloro che le considerano come un fenomeno essenzialmente psichico Wundt, Lehmann, Dubois, o si accetti la tesi di coloro che le considerano come un fatto essenzialmente somatico James, Lange, Ribot, Sergi o si accetti la teoria Aristotelico Tomistica che secondo il Noble ed il Gemelli avrebbe intuito la giusta connessione dei due elementi integranti dell'emozione, l'elemento psichico e l'elemonto fisiologico; in questo mi pare che tutti debbano convenire nel riconoscere che il fenomeno emotivo è una forma di reazione che si produce per effetto dell'eccitazione di uno stimolo sopra la facoltà affettiva che è quel complesso e quella sorgente di energie potenziali capaci di tradursi in atto e di estrinsecarsi in quei fenomeni che sono le manifestazioni affettive, le quali il Ribot chiama motrici non perchè tutte siano tali, ma in quanto tutte sono l'effetto di un'azione centrifuga.

Alla genesi dell'emozione deve concorrere l'intervento di due coefficienti che sono un agente eccitante ed un mezzo eccitato che risponde all'eccitazione dello stimolo che ne provoca l'attività funzionale specifica, col prodotto delle sue manifestazioni.

Quel complesso di energie potenziali che abbiamo chiamato facoltà affettiva, siano esse raccolte in un centro circoscritto, o diffuse, è il mezzo sul quale agisce lo stimolo il quale non è che l'obbietto e il contenuto rappresentativo delle stesse manifestazioni affettive, quello che è solo capace di suscitarle o come dice il Giacosa di determi-

(1) Patrizi — Il possibile governo dei meccanismi della passione.

nare in noi quei modi di sentire particolari che definiamo secondo i casi coi termini di dolore, piacere, speranza, delusione etc.

Gli stimoli atti ad influenzare la facoltà affettiva sono quasi esclusivamente le rappresentazioni, le immagini delle cose, o le idee, perciò i poteri intellettivi sono la sorgente di questi stimoli, che li trasmette ad una facoltà ricettrice dei medesimi, che è la facoltà affettiva.

Dove sia la facoltà centrale affettiva e in che cosa consista, non è qui il caso di intrattenersi a discutere, perchè mi fuorvierebbe troppo dall'argomento che sto trattando, senza apportarvi alcuna luce. E il tema è sempre oggetto di ipotesi e di ricerche.

Solo mi limito a rammentare che esperienze sui centri cerebrali delle emozioni sono state fatte dal PAGANO (1) nel suo studio sul nucleo caudato, irritando il quale col curaro, otteneva accessi d'ira o di paura con una minima provocazione, e ciò a seconda della parte del nucleo caudato nella quale era fatta l'iniezione di curaro.

Queste esperienze non avrebbero dato gli stessi risultati al GEMELLI (2), il quale espone l'opinione prevalente che parecchi altri centri partecipino alla produzione della emozione, e che la condizione somatica sufficiente per la produzione di una emozione sia il funzionamento di tutto un circuito nervoso, di tutta una catena di centri nervosi, e che si debba sostituire ai centri psichici frutto della fisiologia di venti anni fa la nozione di cicli funzionali psichici.

La normale produzione delle reazioni affettive, dipenderà adunque dal normale funzionamento reciproco di questi due apparati, che sono la sorgente trasmettitrice degli stimoli rappresentativi o facoltá intellettiva, e la facoltà ricettrice dei medesimi o centro emotivo, la cui proprietà di ricevere delle eccitazioni e di reagire in conseguenza, è stata dal FÉRÈ chiamata sensibilità rappresentativa o emotività.

La produzione delle reazioni affettive andrà soggetta a modificarsi e ad alterarsi a seconda da un lato della produttività maggiore o minore degli stimoli costituiti dal materiale rappresentativo, dalla loro intensità e qualità, ossia a seconda della attività più o meno regolare

(1) PAGANO — Le funzioni del nucleo caudato — Rivista di Patol. nervosa e mentale, V. I. XI fascicolo 7 Luglio 1906.

(2) GEMELLI — La teoria somatica dell' Emozione, Firenze Tipografia fiorentina.

delle funzioni mentali e intellettive; dall' altro lato la produzione delle reazioni affettive dipenderà dalla eccitabilità maggiore o minore del centro affettivo, la quale dobbiamo considerare come l' esponente dell' attività funzionale della potenza affettiva. La quale eccitabilità affettiva è una qualità assai instabile e soggetta ad una infinità di perturbamenti e variazioni intimamente connessi con lo stato organico e psichico dell' individuo, e indipendenti da quelli che può subire la facoltà intellettiva la quale è l' altro coefficiente indispensabile all' emozione o almeno all' emozioni più elevate.

Queste cause capaci di agire isolatamente ed elettivamente sull'emotività sarà utile passare in rassegna.

Il Ribot sostiene non solo che esiste una vita affettiva pura, autonoma indipendente dalla vita intelletuale ma anche che questa vita affettiva ha la sua causa in basso, nelle variazioni della cenestesi, che è essa stessa una resultante, un concerto di azioni vitali.

Nella psicologia del sentimento, egli continua, la parte delle sensazioni esterne è assai tenue, comparata a quella delle sensazioni interne. E stabilisce questa regola generale: che ogni cambiamento profondo nelle sensazioni interne, si traduce in modo equivalente nella cenestesi, e modifica in tono affettivo. Ora l'eccitabilità affettiva è in istretto rapporto di dipendenza col tono affettivo o col tono neuro-psichico, risente quindi l' effetto delle cause modificatrici del medesimo.

Quali sono queste cause? Il Ribot riporta l'opinione del Kroener che asserisce che per tutte le sensazioni interne l'eccitazione iniziale è di natura chimica: Ogni sensazione organica riposa sopra un processo chimico, e si produce secondo la legge della diffusione e dell'osmosi. Il Ribot, facendo pure qualche riserva, accetta in massima questa opinione, dichiarando che non si può negare che le sensazioni interne fondamentali, legate alla nutrizione ed alle sue condizioni immediate, alla fatica, ed al sonno, che resultano l'una e l' altro da un avvelenamento dei muscoli e dei centri nervosi, legate alla vita sessuale, sono dovute a delle eccitazioni da causa chimica. In appoggio di questa condizione estrema della genesi delle emozioni, della loro dipendenza cioè dalle azioni chimiche che si producono nei tessuti e nei liquidi dell'organismo, vi è anche da notare, secondo il Ribot:

1. — Il gruppo delle sostanze eccitanti, toniche, deprimenti, tossiche:

il vino, le diverse bevande alcooliche, l'hachich, l'oppio, la coca, gli afrodisiaci. Sebbene essi siano dei prodotti dal difuori, non ingenerati nello organismo e per opera sua, si sa quanto essi modifichino il mezzo interiore, e per conseguenza l'umore, il carattere, l' intensità e la direzione delle passioni.

2. — Ma vi sono anche delle sostanze che il corpo vivente fabbrica e modifica lui stesso. Si dice che l'organismo è un ricettacolo e un laboratorio di veleni; nello stato di emozione, la parte di questo lavoro chimico si manifesta ad ogni istante. Il RIBOT cita in proposito numerosi esempi che io non sto a riferire per non dilungarmi troppo.

3. — Vi è anche da notare che nella grande maggioranza dei casi, le malattie mentali esordiscono con dei turbamenti affettivi, e che le aberrazioni intellettuali non compariscono che più tardi. Questo fatto è stato osservato da lungo tempo, ma vi è ora una dottrina formatasi di recente che tende a cercare la causa di questi turbamenti affettivi in un auto-intossicazione. Anche di ciò il RIBOT cita numerosi esempi che si possono leggere nel suo libro.

Prima del RIBOT il FÉRÉ aveva sostenuto la stessa tesi. Egli nel suo libro la Pathologie des Emotions esamina le condizioni individuali dell' emotività morbosa che in gran parte valgono per l' emotività in genere, giacchè il FÉRÉ s' appoggia all' autorità di CLAUDIO BERNARD, che dichiara che ciò che si chiama stato normale è una pura concezione dello spirito, e male si stabilisce dove finisce l' emotività normale e dove comincia la patologica. Il nostro giudizio non è una misura altro che se si appoggia su fatti precisi.

Il FÉRÉ dimostra che come tutti i soggetti non offrono la stessa suscettibilità all' azione dei medicamenti e dei veleni, e segnatamente dell' alcool, così la stessa varietà di attitudini individuali si nota a proposito dell' emozioni, e stabilisce che l' energia specifica, o la forza di resistenza, è in rapporto con la quantità di tessuto nervoso e con l' intensità degli scambi nutritivi.

Queste attitudini sono spesso congenite ed anche ereditarie, ma possono essere anche acquisite. Egli poi nota che l' emozioni variano secondo l' età, secondo il sesso, secondo la razza, ma queste variazioni dell' emotività hanno per condizione delle variazioni fisiche che hanno colpito molto avanti che l' esperienze fisiologiche sieno venute a fornirne una dimostrazione più esatta. Secondo il FÉRÉ la capacità

di provare dell' emozioni gradevoli o sgradevoli non è la stessa per un individuo dato in tutte le condizioni fisiologiche. I sentimenti piacevoli sono sopratutto provati allorchè il sistema nervoso si trova in possesso della totalità delle sue attività. I sentimenti gradevoli si sviluppano sovratutto nella condizione inversa.

L' età, lo stato di salute, l' ambiente, i cibi influiscono sui sentimenti; lo stesso è del riposo e della fatica. Nella ricerca del piacere ci si ingegna di associare le eccitazioni di tutti i sensi alla soddisfazione degli appetiti, ai godimenti intellettuali. L' emotività come l' eccitabilità riflessa, in generale è più grande nel fanciullo che nell' adulto, essa è più grande nella donna che nell' uomo. Essa è anche più grande nell' uomo primitivo che nell' uomo coltivato, ma essa prende di nuovo una predominanza marcata nei degenerati nevropatici a qualunque gruppo essi appartengano. Le manifestazioni somatiche, provocate dagli agenti fisici o morali, sono in rapporto con questa eccitabilità, ed è lo stesso dei loro effetti morbosi. A misura che ci si eleva o si discende nella scala animale dice CLAUDIO BERNARD, si incontrano degli animali più o meno sensibili all'azione dei veleni che agiscono sul sistema nervoso, è così che i cani da caccia e i cavalli da corsa si mostrano di una suscettibilità notevole.

Il FÈRÈ anche asserisce che sono gli individui che si designa in generale sotto il nome di degenerati che si distinguono al più alto grado per la loro impressionabilità agli agenti fisici e morali

Secondo MOREL questa impressionabilità condizione dell'instabilità mentale è una delle prime conseguenze dell' eredità morbosa.

Egli fa notare però che presso un gran numero di degenerati l'emotività in luogo di essere accresciuta o pervertita è annullata, e che quest'ultimo fatto non si osserva soltanto nella categoria dei criminali. SOCRATE che fu allucinato tutta la vita affrontava indifferente il freddo come la fame e la sete, i pericoli della guerra come le invettive di Santippe, gli urli della plebaglia di Atene, come le minacce dei trenta tiranni.

Secondo il FÈRÈ gli individui che sono più soggetti a provare gli effetti fisici dell' emozioni sono anche in generale molto sensibili alle eccitazioni sensoriali. Egli crede che i pervertimenti della emotività non possono esistere senza i pervertimenti della sensibilità. Si constata sovente presso gli emotivi delle anestesie della sensibilità

generale o speciale, delle disestesie generali, o sistematiche. Egli cita fra gli altri esempi notevoli di questa coincidenza della ipereccitabilità sensoriale e dell'ipereccitabilità affettiva, quello di WOLFANGO MOZART che mentre era fanciullo aveva una sensibilità così grande che il suono di una trombetta gli dava delle convulsioni, e ad ogni istante del giorno domandava alle persone che lo circondavano: mi amate voi? Ed una risposta negativa lo affliggeva assai. La sua fisonomia estremamente mobile, giammai, in riposo esprimeva senza cessare il dolore ed il piacere.

Il FÉRÉ poi dichiara che l'ipereccitabilità affettiva si ritrova così spesso presso gli artisti di ogni ordine che si può credere che essa sia una condizione dell'arte.

Il rapporto che esiste fra i pervertimenti morali e i pervertimenti sensoriali si ritrova in un gran numero di degenerati, ma sopratutto nelle isteriche che sono così soggette ad ogni sorta di depravazione del gusto. Si può ritrovare ancora nella gravidanza.

Il FÉRÈ osserva, che tra le condizioni organiche che influiscono di più sullo stato emozionale, va citato lo sviluppo degli organi genitali. I turbamenti dell'evoluzione sessuale s'accompagnano spesso a pervertimenti emozionali. Lo sviluppo incompleto, l'infantilismo coincide spesso con una eccitabilità infantile, esiste un vero infantilismo morale. Il femminismo, e il mascolinismo adducono dei pervertimenti analoghi. Le lesioni accidentali o chirurgiche, la castrazione tanto nell'uomo come nella donna possono avere le medesime conseguenze. A questo proposito torna acconcio ricordare come il SERVIER proponeva di applicare la castrazione in luogo della pena di morte, e non solo come mezzo di profilassi sociale, ma fors'anche come metodo di cura; ripromettendosi da questa mutilazione un grado tale di mansuetudine, da rendere persino possibile la liberazione dei condannati.

Il LUGARO mentre rifugge dalla proposta del SERVIER: perchè col NACHE e col RIEGER ne contesta l'efficacia, e poi perchè dal punto di vista morale non è affatto giustificata una mutilazione che ripugna talmente a chi deve subirla. E propone anch'egli una chirurgia moralizzatrice applicando invece come cura chirurgica, l'esportazione parziale della glandola tiroide. E ciò in base ai dati della influenza delle secrezioni interne sulla psiche, ricordando come gli studi più recenti di fisiologia hanno fissato con maggiore precisione d'un tempo il vec-

chio concetto secondo cui la nostra vita mentale dipende in parte dalla natura degli umori circolanti, che quindi l'intensità di certe tendenze nel campo psichico, è in rapporto con certe funzioni di secrezione che a prima vista nulla hanno che fare col cervello.

Fra gli esempi che il RIBOT cita per provare la parte che ad ogni istante hanno sullo stato d'emozione le sostanze e i veleni che il corpo vivente fabbrica e modifica; cita « l'époque du rut, l'èréthisme sexuel, s'accompagne, chez un gran nombre d'animaux, de profondes modificationts chimiques qui se traduisent au dehors par des changements de couleur et d'odeur, et qui, au dedans, ne restent pas limitès aux organes sexuels, mais s' etendent au corps tout entier; on sait que la chair du gibier est mauvais pendant le rut et que beaucoup de poissons à l'epoque du frai, deviennent toxiques. N'oublions pas che l' animal devient pendant la même periode mechant, violent, agressif, dangereux. Il serait facile de s' entendre sur ce póint, même en ce qui touche l' homme (pubertè, gestation, lactation mestruation). »

Il FÉRÉ nota anche che l' emotività è modificata dalla maggior parte delle malattie, ed in particolar modo dalle malattie croniche. Egli fa una lunga enumerazione di queste malattie che si può leggere nel suo trattato. Il FÈRÈ ha gia notato che l' emotività è modificata da un gran numero di sostanze tossiche e medicamentose e ciò come abbiamo visto è stato notato dopo anche dal RIBOT.

L' alcoolismo dice il FÈRÈ costituisce una condizione di emotività morbosa. L' abuso dell' alcool fa parte dei preliminari di gran numero di crimini. LOMBROSO dice che i nove decimi dei delitti sono commessi sotto la sua influenza. Come osserva il FÈRÈ l' alcool a dosi forti ha un' influenza sospensiva sull' azione cerebrale, e lascia il giuoco libero alle reazioni più violente.

Molte sostanze stimolanti che si crede in generale avere per effetto di provocare l' eccitazione intellettuale, hanno in realtà quello di modificare la tonalità emozionale, secondo il FÈRÉ.

Una prima conclusione che deriva da tutto ciò, specialmente in ordine a questa ultima osservazione del FÈRÈ, è che l' emotività va soggetta a modificazioni e variazioni proprie dovute a quelle cause che possono agire esclusivamente ed elettivamente su di essa, mentre ve ne sono altre che indipendentemente da quelle agiscono sol-

tanto sulle facoltà intellettuali, e altre che agiscono simultaneamente sopra queste e sopra la tonalità emozionale.

In modo che si possono avere alterazioni dell'emotività senza che perciò si debbano avere necessariamente alterazioni nella sfera intellettiva, e si possono avere alterazioni in questa senza che per necessità conseguenziale, perció solo, debba modificarsi l' emotività. Per ciò che concerne le manifestazioni affettive che sono il prodotto della elaborazione comune di ambedue queste facoltà, ne segue che esse si troveranno alterate tanto nel caso in cui restando integra l' intelligenza, l' alterazione si verifichi nella sfera emotiva e sentimentale, der ineccitabilità o ipereccitabilità affettiva; quanto nel caso in cui si abbia soltanto un'alterazione della sfera intellettuale rimanendo l' eccitabilità affettiva normale o quasi. In quest' ultimo caso, che è poi il nostro, le manifestazioni affettive che sï avranno saranno alterate in quanto saranno un riflesso dell' aterata mentalità che le ha determinate.

È strano che il FÈRÈ non ammetta che si possano avere pervertimenti dell' emotività senza turbamento dell' intelligenza. Egli in proposito argomenta così: Se l'emozionestato di coscienza d'origine interna, esige necessariamente l' intervento dell' intelligenza, senza la quale le rappresentazioni chę sono la base dello stato emozionale, fanno difetto; tutti i pervertimenti dell' emotività sottintendono necessariamente un turbamento dell' intelligenza, diminuzione o pervertimenti.

A mio parere, non bisogna confondere le alterazioni che possono interessare esclusivamente l' emotività e riferirsi alla sua eccitabillità maggiore o minore che è una proprietà assai instabile della facoltà affettiva e soggetta ad un' infinità di perturbamenti per cause svariatissime che possono ledere l' affettività e risparmiare l' intelligenza; con le alterazioni che si riferiscono alle emozioni e ai sentimenti, ossia a ciò che costituisce il prodotto dell'elaborazione comune di ambedue queste facoltà,

Le emozioni, i sentimenti dovranno risentire l' influenza delle condizioni normali o anormali in cui si trovano ciascuno o ambedue questi coefficenti che concorrono alla loro formazione, e si potrà fors'anche riconoscere se le anormalità che si riscontrano nei sentimenti e nelle emozioni, si debbano attribuire a disturbi della sfera intellettiva o della sfera affettiva.

Ma l'alterazione di una di queste facoltà non porta necessariamente di conseguenza l'alterazione dell'altra, perchè esse possono essere considerate particolarmente come dotate di vita propria e autonoma secondo il concetto del RIBOT e di altri, e perchè le cause che possono essere deleteree per l'una possono risparmiare l'altra.

Ne viene che il FÈRÈ in ordine al suo concetto, ch'egli stesso riconosce essere in contradizione con l'opinione della maggior parte degli psichiatri, è costretto a negare l'esistenza della Follia morale che oppugna con queste ragioni:

Al congresso tenuto nel 1891 a Bristol dall' Associazione Medico psicologica inglese dove si trattava di glorificare il padrino della Follia morale a PRITCHARD Cistol sua patria, molti oratori dovettero riconoscere che la maggior parte degl' individui colpiti da Follia morale finiscono con la demenza. Egli dice che tutti i turbamenti affettivi sono accompagnati necessariamente da turbamenti intellettuali che li determinano. E se questi turbamenti non possono essere sempre messi in evidenza noi non possiamo concluderne che una cosa cioè che noi siamo ancora male armati per le ricerche dei segni che li caratterizzano. E continuando su questo tono prosegue: Il rapporto necessario che esiste fra la moralità e l'intelligenza non era sfuggito ai moralisti: " se la povertà è madre dei delitti, dice la BRUYERE, il difetto di spirito ne è il padre" e conclude che è difficile che un fort mal honnete homme ait assez d' esprit, un gènié qui est droit et percant conduit enfin à la probite et à la vertu. Il manque du sens et de penetration à celui qui s'opiniâtre dans le mauvais homme dans le faux.

Ben diversa è in proposito l' opinione del RIBOT, egli dice: Si l' homme est sociable et moral c' est moins parce qu' il pense que parce qu' il *sent* et *tend* d' une certaine manière. La folie moral est un trouble de l' esprit qui affecte exclusivement le sentiments moraux, laissant l' intelligence *parfaitement intacte*. Celle étant la formule de PRITCHARD qu' on a peu modifie depuis. Traduit dans le langage de la psychologie pure, cela signifie absence complete au perversion profonde de sentiments altruistes, *insensibilité* à la representation du bien et du mal d'autroui, egoisme absolu avec ses consequences. Par une analogie qui ce comprend d' elle même on a nom-

mé cet état une cecite morale et comme la cecite physique, elle comporte de dégrès.

Il FÉRÉ come già abbiamo visto chiama l' emotività sensibilità rappresentativa, e giustamente perchè viene eccitata dalle rappresentazioni che ne sono gli stimoli adatti.

La sensibilità morale adunque è quella che viene eccitata dalle rappresentazioni che hanno un contenuto morale o di bontà e di giustizia, come la sensibilità o emotività estetica è quella che viene eccitata dalle rappresentazioni che hanno un contenuto ideale di bellezza.

Questo genere di sensibilità o emotività estetica, è indispensabile all' artista e al poeta che deve risentire le più delicate impressioni che emanano dalle cose e che ispirano la sua fantasia creatrice. Onde ad essi la facoltà del sentire non è meno indispensabile di quella dell' invenzione, e di quella del magistero dell' espressione. Ed il FÉRÈ nel passo che ho già citato osserva come l' ipereccitabilità affettiva sia così frequente negli artisti di ogni ordine che bisogna credere che essa sia una condizione dell' arte.

Il fatto è che essi ritengono la commozione così necessaria alla loro opera che DANTE ha inteso di svelare il segreto della sua arte dicendo:

Io mi son un che quando
Amore spira, noto; ed a quel modo
Ch' ei detta dentro, vo' significando — *Purg. XXIV - 52*

Ed i più grandi poeti hanno sempre paventato di andare incontro a quello stato di atonia affettiva che loro impedisse di risentire le varie emozioni suscitate dalla percezione delle cose. Ed hanno deplorato questo stato penoso come l' estinguersi della principale sorgente altrice della loro poesia. E di ciò se ne ha un esempio insigne in VIRGILIO il quale nelle Georgiche dopo aver promesso di cantare le bellezze della natura, è preso da un lontano sgomento, e sconfortato esclama:

Sin has ne possim naturae accedere partes
Frigidus obstiterit circum praecordia sanguis

(espressione questa che avrebbe potuto essere adoperata da nu seguace della dottrina somatica dell'emozioni).

Flumina amen silvasque inglorius!.

E il Leopardi nel Risorgimento dopo essersi così lamentato:

Credei ch' al tutto fossero
In me, sul fior degli anni
Mancati i dolci affanni
Della mia prima età;
I dolci affanni, i teneri
Moti del cor profondo.
. . . .
Giacqui: isensato, attonito.
. . . .
Invan brillare il vespero
Vidi per muto calle
Invan sonò la valle
Del flebile usignol.

Si riconforta quando si accorge di riacquistare la vita del sentimento, ed esclama:

Chi dalla grave, immemore
Quiete or mi ridesta?
Che virtù nova è questa
Questa che sento in me?
Meco ritorna a vivere
La piaggia il bosco il monte
Parla al mio cor il fonte,
Meco favella il mar

E il Carducci negl' ultimi tempi alle esortazioni colle quali veniva sollecitato perchè componesse ancora, rispondeva:

Fior tricolore
Tramontano le stelle in mezzo al mare
E si spengono i canti entro al mio core.

In tutti questi grandi uomini l' intelligenza era rimasta intatta il cambiamento era avvenuto nell' emotività.

Secondo il RIBOT noi comprendiamo sotto il nome di beneficenza o di altruismo attivo, i sentimenti della benevolenza, della generosità, della devozione, carità, pietà ecc.; in breve quelli che sono estranei o contrari all'istinto della conservazione individuale. Essi hanno per condizioni fondamentati, due fatti psicologici:

1.— La simpatia, nel senso etimologico, cioè un unisono affettivo, la possibilità di sentire con un altro o come un altro. 2.— La tendenza altruista o emozione tenera che esiste presso tutti gli uomini salvo delle eccezioni delle quali il RIBOT parla a proposito della follia morale. Egli dice che questa tendenza altruista o emozione tenera tiene alla nostra costituzione come l'avere due occhi e uno stomaco. L'espressione fisiologica della tenerezza in ciò che concerne i movimenti, è riducibile ad un sola formula; l'attrazione. La sua apparizione ha luogo nel fanciullo e negli animali più elevati, colla prima manifestazione di tenerezza per la madre o per la nutrice.

Questo primo attaccamento istintivo o sensoriale, diviene tenerezza per l'aggiunta di numerosi sentimenti derivati da sensazioni piacevoli diverse, fra le altre quelle della vista e dell' udito, sensazioni delle quali la madre è la sorgente.

La tendenza primitiva s'indirizzerà adunque presso i fanciulli e gli animali a chi loro piace, a chi loro fa del bene, e dal quale ne sperano ancora. E' un'emozione che nella nomenclatura di SPENCER sarebbe legittimamente nominata egoaltruista, e anche con predominio marcato d'egoismo. Secondo il RIBOT, l'altruismo trae la sua origine da questi due sentimenti che sono l'emozione tenera e la simpatia, dei quali il primo principalmente ha carattere istintivo, e si manifesta prima dello sviluppo delle facoltà intellettive: da ciò risulta che l'affezione tenera può stare senza di esse, e indipendente da esse.

Riguardo alla simpatia, che è l'altro sentimento primordiale dal quale trae origine l' altruismo, di essa il RIBOT studia la sua evoluzione dalle sue forme più elementari, alle più alte.

Primo stadio — Fisiologico, accordo di tendenze motrici, è una sinergia.

Secondo stadio — Psicologico, consiste in un accordo di stati affettivi: è una sinestesia.

Terzo stadio —Intellettuale, resulta d'una comunanza di rappresentazioni o di idee legate a dei sentimenti e a dei movimenti.

L' estensione e la chiarezza della simpatia, sono in ragione dell'estensione e della chiarezza delle rappresentazioni. Il Ribot aggiunge «a condizione che si appoggino sopra un temperamento emozionale.» Celui - ci est la source per excellence de la sympatie, parce qu ' il vibre comme un écho.

Ora per temperamento emozionale non può intendersi altro che la disposizione naturale all'eccitabilità emotiva, la quale dovrà essere influenzata dalle rappresentazioni che ne sono gli stimoli appropriati, adatti. Il Ribot con altre parole viene ad esprimere ed a confermare quello stesso concetto che io ho enunciato fin da principio, ponendolo come condizione fondamentale della genesi delle emozioni in generale e in particolare.

Il Ribot dimostra come passando dalla fase affettiva alla fase intellettuale, la simpatia guadagna in estensione e in stabilità. Infatti, la simpatia affettiva esige un' analogia di temperamento e di natura: essa non si stabilisce affatto fra il timido e l' audace, fra l'allegro e il melanconico, essa si può estendere a tutti i nostri simili, ad alcuni animali prossimi a noi, e non al di là.

Al contrario è proprio dell' intelligenza di cercare ovunque delle rassomiglianze, delle analogie, di unificare; essa abbraccia la natura intera. Per la legge del *transfert*, la simpatia segue questa marcia invadente e comprende fino gli oggetti inanimati; come il poeta che si sente in comunicazione col mare, coi boschi, coi laghi e con le montagne.

Come va considerato l' atteggiamento assunto da questi dementi in tale loro opera di esistenza verso quegli idioti? Va considerato come effetto di un impulso di benevolenza destatosi improvvisamente immediatamente in loro, oppure va considerato, come un mezzo per soddisfare il bisogno di attività con un, occupazione qualsiasi, alla quale potrebbero almeno nei primi tempi essere anche rimaste estranee le manifestazioni affettive le quali sarebbero succedute di poi via via che si è determinato un interessamento di questi dementi verso quegli idioti?

Questa seconda ipotesi in parte è anche ammissibile e starebbe in accordo con l' opinione del Ribot a proposito del modo d' insorgere e di svilupparsi del sentimento altruista.

Il Ribot pone la quistione: come dall' igoismo primitivo escono i sentimenti disinteressati? E risponde che la genesi della benevolenza risulta d' una forma particolare d' attività accompagnata dal piacere e precisa così questa formola vaga ed oscura:

La tendenza fondamentale consiste subito a conservarsi e ad estendersi, ad essere ed a migliorare cioè a dire a spendere la propria attività. Questo dispendio l' uomo lo può versare sulle cose: egli taglia, distrugge, rovescia, è un' attività distruttrice; egli semina, pianta, edifica, un'attività conservatrice e creatrice. Egli la può applicare agli animali o agli uomini: egli ingiuria, nuoce, maltratta, distrugge: ovvero egli cura, aiuta, salva. L'attività distruttrice è accompagnata da un piacere, ma patologico, perchè essa è la causa di un male. L'attività conservatrice o creatrice è accompagnata da un piacere puro, che non lascia dietro a sè alcun sentimento penoso, per conseguenza esso tende a ripetersi e ad accrescersi; l' oggetto o la persona causa pel piacere diviene un centro di attrazione, il punto di attacco d' un' associazione piacevole.

Riassumendo noi abbiamo:

1. — Una tendenza a dispiegare la nostra attività creatrice.

2. — Il piacere di riuscirvi.

3. — Un oggetto o un essere vivente di cui il loro è recettivo.

4. — Un' associazione tra questo essere o questo oggetto ed il piacere risentito, donde un' attrazione, senza cessare aumentata, verso quest' essere o questo obbietto.

La tendenza ad agire in un senso conservatore e la legge del *transfert* sono gli agenti essenziali della genesi dell' altruismo.

Conclude il Ribot col dire che la benevolenza può essere il risultato di un caso, e non avere alla sua origine alcun carattere intenzionale. E porta questo esempio: Un uomo senza badarvi getta dell'acqua sopra una pianta che si disseccava alla sua porta, l' indomani egli nota per caso che essa comincia a rinverdire; egli reitera con intenzione questa volta, vi s' interessa sempre più, vi si attacca, non vorrebbe esserne privato. Il Ribot dice: questa è la genesi del sentimento in tutta la sua semplicità. Se così avviene per una pianta quanto più facilmente per un animale intelligente o un uomo?

Ma nei dementi da me presi a considerare vi può influire un altro motivo atto ad orientarli benevolmente verso quegli idioti che sono divenuti oggetto delle loro cure; ed è la sicurezza della loro in-

nocuità assoluta che risulta all' evidenza dalla loro impotenza, e quindi la certezza che questi idioti non potranno mai essere compresi e coinvolti nell' ingranaggio del loro delirio di persecuzione, che come abbiamo visto incombe sempre, più meno, su questi dementi.

Questo delirio di persecuzione ha probabilmente sempre represso e rintuzzato la libera espansione di sentimenti di benevolenza che essi forse sarebbero stati propensi a esplicare verso gli altri uomini se non avessero sempre creduto di trovare nell' ambiente sociale delle resistenze e delle ostilità immaginarie dovute al loro stato delirante. Quando essi hanno potuto trovarsi insieme con degli esseri verso i quali il loro delirio di persecuzione non faceva alcuna presa, allora forse vi è stata una reviviscenza di tendenze o d' istinti generatori di sentimenti altruisti che prima non avevano forse avuto modo di potersi esplicare liberamente. Inoltre è solamente con questi idioti sui quali fanno valere la loro autorità che essi possono provare la soddisfazione dell' esercizio della potestà.

Resta ora a considerare quali sono le caratteristiche dei sentimenti altruisti di questi dementi, per giudicare se si tratta di manifestazioni affettive normali o patologiche.

E prima di tutto è da rilevare che il sentimento di benevolenza e di altruismo attivo dimostrato da questi dementi e limitato e concentrato soltanto ad una o al più a due persone rappresentate da quegli idioti, non dimostra nessuna tendenza ad essere meno esclusivo, meno particolare, a generalizzarsi a diffondersi a tutti coloro che possono aver bisogno di soccorso di assistenza, dell' interessamento e dell' affetto altrui. E limitato così come è a questi idioti é provocato da motivi i quali hanno attinenza con le condizioni della loro mentalità. Per questi dementi sono oggetto di benevolenza anzi di preferenza e di predilezione degli esseri che per degli individui normali sono oggetto di disgusto e di ripugnanza; o tutto al più possono ingenerare un sentimento di compassione ma non mai di predilezione e di compiacenza di simpatia e di attrazione.

Come abbiamo visto si tratta di idioti che non parlano, le loro espressioni si riducono a suoni inarticolati o al balbettamento di qualche parola; presentano il mutismo idiotico o alogia. Essi non comprendono, non sanno manifestare, non dirò i loro desideri, ma neanche i loro bisogni con una mimica corrispondente, sono inetti a prov-

vedere da sè a qualunque bisogno tanto che non sanno alcuni di essi neanche portare il cibo alla bocca, come la Beconi alla quale se le si dà alla dispensa del vitto un pezzetto di carne invece di portarla alla bocca se la stropiccia fra le mani, queste le intrufola nella scodella della minestra, e sbuffa e sputa ed emette dei suoni gutturali che sembrano un grugnito. Perdono le feci e le urine involontariamente e sono estremamente sudici e disordinati. Tutti i movimenti di questi idioti sono goffi e impacciati; le facoltà affettive sono ridotte a provare le sensazioni di piacere e di dispiacere che vengono manifestate con una primitiva e insufficiente e goffa espressione mimica. Queste sensazioni sono legate a impressioni sensoriali grossolane. Le loro conoscenze non arrivano più in là delle percezioni immediate, nessun barlume d' intelligenza, nessun moto affettivo anima la loro fisonomia insignificante; questi esseri rappresentano l' infimo stato di degradazione umana e non sono in grado di compensare i loro benefattori con un qualunque segno di attaccamento e di riconoscenza neppure con una di quelle manifestazioni di allegrezza di cui sono capaci; gli animali domestici verso i loro custodi e protettori con le quali significano la compiacenza di trovarsi con loro.

Ma tutto questo sembra che non sia affatto avvertito dai dementi che prediligono questi idioti, a loro essi sembrano belli, buoni, savi intelligenti e non ne riconoscono o ne misconoscono le deficienze, le anormalità le deformità fisiche e psichiche che non vogliono ammettere anche se li si fanno rilevare e ne impugnano l'esistenza ostinatamente o le riducono a cose di poca importanza, a inezie. Per loro la vista di questi idioti non presenta nulla di sgradevole di disgustoso di disarmonico anzi questi dementi annettono agli stessi idioti qualità che non hanno e pregi che non posseggono e si compiacciano di considerarli quali fanciulli che hanno bisogno di assistenza nonostante che siano già adulti. Così per il Bertini il Petrioli che conta ora 38 anni è sempre un ragazzo e così infatti lo chiama, come per la Buonamici e la Pieraccini sono sempre delle bambine quelle idiote che contano omai 28 e 29 anni, e non vogliono riconoscere che l'età che hanno. Inoltre si compiacciono di considerarli come loro congiunti e consanguinei, convinti di avere con essi legami di parentela per affinità e attinenze immaginarie assurde e paradossali. Cosicchè essi idioti all'occhio di questi dementi non compariscono e

non sono riconosciute quali sono realmente ma sono percepiti falsamente e illusoriamente: hanno subito perciò un processo di alterazione e di trasformazione che li ha resi la personificazione di una concezione illusoria e delirante ed è a questi idioti che rappresentano ale personificazione che essi dementi hanno rivolto esclusivamente la loro attenzione e il loro interesse; si ha quindi monoideismo. Dessa è divenuta l'idea preponderante che domina il campo della loro coscienza, essa è lo stimolo sufficiente adatto a varcare la soglia della loro eccitabilità affettiva che resta inaccessibile a qualunque altro stimolo che non abbia relazione con essa.

Quando come nella Pieraccini, per episodi confusionali, ai quali va di frequente soggetta, la sua attenzione è distolta da quell'idea, cessa ogni interessamento della suddetta malata verso le sue protette, le trascura, non le guarda più, non se ne occupa affatto, finchè non ritorna a dileguarsi lo stato confusionale e la sua coscienza offuscata non torna relativamente a rischiararsi. Allora la Pieraccini si occupa nuovamente delle sue protette ma all'infuori di esse nessun' altra persona eccita più il suo interessamento. Tanto che mentre essa si sdilinguisce e si intenerisce per le due idiote, resta impassibile e indifferente alla vista del figlio venuto a visitarla dopo molti anni e che essa aveva lasciato bambino e pel quale allora aveva trepidato e sofferto ansie continue nella tema immaginaria che fosse esposto a gravi pericoli per essere stato redarguito un pò aspramente da alcune persone. E fu durante il turbamento prodotto da tale patema d'animo che si determinò lo stato dell' alienazione mentale. Pochi giorni or sono in questo stesso mese di ottobre comunicai alla Pieraccini una cartolina di suo figlio che mi domandava notizie di sua madre e desiderava farle sapere che egli stava per prender moglie ed avrebbe gradito il suo consenso se fosse stato possibile. La Pieraccini ascoltò, sorridendo insulsamente la lettura della cartolina di suo figlio come se si trattasse di cose burlesche. Domandandole io come si chiamava suo figlio rispose dapprima che non se lo ricordava poi insistendo io quasi per compiacermi pronunziò a caso un nome qualunque che naturalmente non era quello di suo figlio. Domandandole io se era contenta che egli prendesse moglie rispose, sempre ridendo alla stessa maniera, che facesse pure quel che voleva. Pareva insomma che il sentire parlare di suo figlio

facesse a lei lo stesso effetto come sentire parlare di persona non solo estranea ma a lei affatto sconosciuta. Domandandole infine se voleva più bene a suo figlio o alle due idiote in mezzo alle quali essa in quel momento stava seduta, mi rispose in romagnolo, sempre ridendo: Voglio bene a questi bordei. In lei la memoria affettiva del figlio si è estinta ogni rimembranza è spenta e non può quindi ridestare in lei l' eccitabilità affettiva.

Ciò dimostra come nella demenza nuovi acquisti e nuove formazioni affettive possono organizzarsi e costituirsi con caratteri tali di stabilità e di vitalità quali forse non erano stati capaci di organizzarsi anteriormente quelle formazioni affettive a cui esse si sono sovrapposte. L' eccitabilità affettiva divenuta refrattaria agli stimoli vecchi risponde ed è influenzabile a stimoli nuovi rappresentati dalle nuove idee che son venute a dominare il campo della loro coscienza. Ma queste recano l' impronta dell' anormalità dei processi psichici che hanno concorso alla loro formazione, e che si compiono imperfettamente. Rispecchiano l' alterato orientamento della coscienza di questi malati, sono il riflesso della nuova mentalità che si è andata determinando e costituendo in essi, della modificata e alterata loro personalità.

L' affetto adunque che questi dementi portano agli idioti soprà descritti è esclusivo, eccessivo, sproporzionato all' obbietto a cui si riferisce che è inoltre percepito da questi dementi falsamente e illusoriamente.

Come dice il TANZI è certo che i sentimenti che non sono adeguati all' importanza obbiettiva dell' oggetto a cui si riferiscono si possono considerare come anormali. Il FÈRÈ nel suo libro « La Pathologie des emotions » distingue l'emotivita morbosa sotto due forme:

1. — Un' emotività morbosa diffusa e permanente che costituisce un carattere patologico.

2. — Un' emotività morbosa sistematica che non si manifesta che nelle condizioni particolari e sempre le stesse per lo stesso individuo.

L' emotività morbosa così quando è diffusa come quando è sistematica può consistere in una diminuzione o in un aumento, a cui si deve riservare il termine generale d' emotività morbosa: la dimi-

nuzione può essere designata sotto il nome di apatia, apatia diffusa, apatia sistematica.

L'emotività morbosa diffusa si obbiettiva nel carattere irritabile degli epilettici, dei coreici, delle isteriche, dei nevrastenici, così facilmente accessibili a tutte le emozioni, a tutte le passioni, passando da un momento all'altro dall' entusiasmo alla collera, alla paura etc.

L'emotività sistematica può esistere all'infuori di ogni altro turbamento apparente dell'emotività ed è costituita da un timore o da un' inclinazione irresistibile sempre li stessi e che si accompagnano spesso da turbamenti nervosi penosi.

L'apatia diffusa consiste in una diminuzione o in una assenza dell'emotività che si applica a tutti i generi di rappresentazione. E' ciò che si vede negl'idioti e negl'imbecilli, nello stupore e nell'apatia epilettica.

L'apatia sistematica designa la perdita dell'emotività in apparenza, limitata a una rappresentazione data, relativa al senso genitale per esempio.

Tutte queste forme dell'emotività morbosa possono essere costituzionali e permanenti, o accidentali e transitorie.

L'anormalità dell'affettività esagerata che questi dementi dimostrano esclusivamente per gli idioti, loro prediletti, va considerata come una forma di emotività morbosa sistematica, che rientra nella categoria dei fatti che MOREL ha descritto e compreso col nome di Delirio emotivo. (1)

« Questo delirio con coscienza, come dice il FÉRÉ, che è stato di poi l'oggetto di studi numerosi il più spesso riposa sul terrore, ma il terrore non è la sola emozione che gli possa servire di base, l' emozione opposta, l' amore, può anche riempire questo ufficio, e tutte l' emozioni intermediarie sembrano anche capaci di produrre lo stesso resultato.

La voluttà della compassione (the luxury of pity) (SPENCER PRINCIPES de psycologie Tomo II pag. 655), che tiene un posto importante presso i sentimenti altruisti, si presenta assai sovente sotto una forma morbosa. Essa non si applica solamente alle forme più interessanti di calamità che possono assalire l' uomo, ma anche alle vittime meno degne di pietà.

---

(1). Morel - Du delire emotif. Arch. gen. de medicine 1866. t. I.

Non è raro di vederlo ricercare le bestie.

In opposizione alla zoofobia morbosa bisogna segnalare la zoofilia o amore esagerato delle bestie, che si traduce per dei testamenti in favore di animali diversi, per la creazione di ospedali e di refugi speciali per le bestie preferite. Il FÈRÈ nota che queste forme di emotività morbosa si accompagnano in generale con altri disturbi intellettuali e morali che si ritrovano per esempio negli antivivisezionisti, decisamente alienati e che presentano fra le altre anomalie un'avversione non meno morbosa sia per i membri della loro famiglia sia anche per tutta la famiglia umana, giustificando il proverbio: « Ami des bêtes ennemi des hommes" (1). Nel nostro caso non si tratta di zoofilia ma di sentimenti che non sono adeguati all'importanza obbiettiva dell'oggetto a cui si riferiscono e che rientrano nella stessa categoria di fatti di emotività morbosa sistematica.

Il FÉRÉ dice che la sistemazione dell'emotività ed il monoideismo non si possono produrre che allorquando esiste un certo grado di apatia relativamente alle rappresentazioni di un altro ordine.

Il TANZI nota che « mentre nel processo involutivo della vecchiaia, vi sono individui che invecchiando perdono ogni affettività, d'altra parte non mancano esempi del tipo contrapposto, cioè del vecchio che diventa più indulgente, più amabile, più generoso e soprattutto più sereno di prima. Eppure, egli dice, anche questa metamorfosi benefica è dovuta a lesioni distruttive, perchè in fondo non deriva da nuovi acquisti affettivi ma dalla scomparsa delle passioni e preoccupazioni perturbatrici ossia da un processo di semplificazione del carattere che entra nel quadro dell'atrofia corticale. Vi é chi perde virtù (è il caso più generale) e chi non perde che qualche difetto. Queste perdite successive, se si complicano con l'indebolimento intellettuale e con l'amnesia, come avviene assai di frequente, comunicano un'impronta del tutto speciale ai noti deliri della demenza senile. »

Oltre questa possibilità indicata dal TANZI, vi può essere anche quella sebbene più rara che si riscontra nei dementi da me osservati, nei quali può perdurare anche la capacità a nuovi acquisti affettivi i quali dimostrano come l' eccitabilità affettiva possa persistere più o meno completa; indipendentemente dalla regressione e involuzione subita dalle facoltà intellettuali; cosicchè la loro facoltà affettiva si conserva

(1) BOREL: Sur le Aif. considerations sur la vivisetion 1883.

ancora capace di reagire agli stimoli rappresentativi quali possono essere forniti dai loro poteri mentali.

Ma le manifestazioni affettive che derivano dal concorso di questi due coefficienti, emotività, stimoli rappresentativi, contengono l'impronta delle anomalie, delle deficenze, del disordine che questi ultimi presentano nella sfera intellettiva. Onde si hanno spesso lacune e incoerenza affettiva, non solo come conseguenza di incompleta eccitabilità affettiva, ma anche quando questa fosse rimasta integra, come riflesso sentimentale del disordine ideativo.

Quando poi come nel nostro caso si ha anche uno stato di monoideismo, allora può aver luogo quella forma di emotività morbosa sistematica capace di dare origine al delirio emotivo del MOREL.

22 ottobre 1912.

Manicomio Provinciale di Treviso
DIRETTORE DOTT. LUIGI ZANON DAL BÒ

Rilievi antropologici su 500 alienati e 50 alienate

DELLA PROVINCIA DI TREVISO

PER I DOTTORI

STEFANO GATTI E GIUSEPPE VIDONI

Nell' accingerci a raccogliere ed esaminare i risultati delle indagini antropologiche, che metodicamente si praticano nei malati di questo Istituto, siamo rimasti per un momento dubbiosi su l'utilità della nostra fatica, avendo ben presenti tutte le critiche, che sono state rivolte a tale ordine di ricerche e sapendo come molte acquisizioni, che in tale campo sembravano conquiste decisive, sono apparse erronee dietro l' opera di revisione venuta in seguito.

Ma se delle foglie sono cadute, sono cadute quelle appassite. Il tronco, e tronco davvero fecondo dell' Antropologia, cresciuto dall' opera di LOMBROSO e della sua scuola, permane e riceve, magari per altre vie ed altri procedimenti, dimostrazioni efficaci, che mettono in evidenza la sua straordinaria importanza.

Così, per esempio, — ben ammonisce ENRICO MORSELLI (1) — recenti studii danno valore alla « craniologia patologica oggidì tanto trascurata, per non dire disprezzata dai clinici ».

Se non si può ormai sempre nelle cosidette « degenerazio-

---

(1) *Enrico Morselli.* — I problemi odierni della Neuropatologia. Atti del II Congresso della Società italiana di Neurologia. Genova MCMIX.

ni » vedere l'effetto del puro atavismo, se si dovrà spesso ricorrere al significato patologico, ciò non diminuisce l' utilità del loro studio. « Sta il fatto (1) che per MELTZER la forma a torre del cranio, l'acrocefalia, ha rapporti stretti con l' atrofia dei nervi ottici, che la persistenza del canale cranio-faringeo, dopo i lavori di Romiti e Levi, ha relazioni sicure con l' acromegalia; che infine il cranio degli epilettici, radioscopicamente esaminato da REDLICH, gli ha forniti dati interessanti. »

Dopo ciò — continua MORSELLI — si impone una critica revisione di tutta la cosidetta antropologia patologica, tanto a riguardo della pazzia quanto della criminalità: è probabile che immettendo nell' intera opera Lombrosiana il criterio patologico, si chiariscano meglio quei punti che gli ardimenti spesso intuitivi di quel grande e forte lavoratore avevano lasciato nell' ombra.

Le ricerche di antropologia nei malati di mente mantengono dunque tutta la loro utilità per lo studio delle alterazioni sia degenerative che patologiche ben diverse però — non bisogna dimenticarlo — nel loro significato, come da molto tempo ha apunto insegnato E. MORSELLI (2).

Lo studio antropologico del resto trova un altro motivo, quello cioè diretto alla valutazione delle influenze etniche e mesologiche.

La razza può (3) rappresentare un gran fattore di predisposizione a certe malattie nervose e mentali non solo, ma può imporre diversa fisionomia ai quadri morbosi, dal che si comprende la necessità, su la quale insiste KRAEPELIN, di una *Psichiatria etnica*, che è in gran parte ancora da fare.

Lo studio antropologico acquista perciò valore anche sotto questo punto di vista, essendo ben importante il problema scientifico, che indaga anche se in pratica sia vero — come pensa DE SANCTIS (4) — che è spesso sproporzionato agli scopi dello psichiatra lo sforzo di quelli, che danno del malato una minuta descrizione morfologica ed

(1). *Enrico Morselli.* — l. c.
(2) *E. Morselli.* — Manuale di Semejotica delle malattie mentali. — Milano, 1885.
(3). *Sante De Sanctis.* — Psichiatria forense. Società Editrice Milanese. Milano, 1904.
(4) *Sante De Sanctis.* — l. c.

un lungo elenco di misurazioni antropometriche con l' intendimento di determinare il tipo di razza. Non dobbiamo dimenticare come nella costituzione delle diverse varietà della specie umana ben risulti evidente la mescolanza dei varii tipi, dei quali solo pochissimi, ed eccezionalmente, sono rimasti di fatto puri nei caratteri secondari. Lo stesso tipo ebreo semitico considerato come quello, che più di ogni altro, per l' isolamento mantenuto traverso i secoli, ha conservato le sue caratteristiche, sembra non sfuggire questa legge tanto che lo ZANGWIL (1) non dubita di affermare che « les Juifs des differents pays non seulement s' assimilent le caractère moral de leurs compatriotes, mais encore adoptent peu à peu leur type facial ».

Nelle varie regioni si trova un tipo medio, preso come tipo normale; ma ognuno mediante l' osservazione dei vari popoli può costatare che in ogni gruppo umano « vi sono — come scrive il prof. ANTONINI (2) — rappresentanze di tipi etnici, meno evoluti, anzi prossimi al tronco comune degli antropomorfi, e vestigia del contatto con altri popoli e gl' indici della penetrazione avvenuta di una razza con l' altra ».

Il dottor FRATINI (3) in una ricca opera ha con belle dimostrazioni arrecato un notevole contributo a questi concetti insistendo su l' importanza, che possono avere le mescolanze delle razze e la diffusione dei meticci nella genesi di quei caratteri d' inferiortà antropologica ed etnica, che noi diciamo degenerativi ».

Ci è parso appunto anche per questo non completamente superfluo nella pubblicazione di questi rilievi — fatti su alienati appartenenti tutti alla provincia di Treviso — il fermarci un momento sopra i risultati ottenuti dagli esami antropometrici.

Il loro interesse poi aumenta quando si abbia presente l' interessantissima comunicazione di RODOLFO LIVI (al Primo Congresso della « Società italiana per il progresso delle Scienze ») *Sulla schiavitù*

---

(1) *Zangwil.* — Childsen of the Ghetto (Citato da Duprat in *Les Causes Sociales de la follie.* — Paris. Felix Alcan. éditeur. 1900).

(2). *Giuseppe Antonini.* — Prefazione all' opera del Dott. G. M. FRATINI: « Deviazioni etniche varietà patologiche del tipo fisionomico negli alienati ». Udine. — Domenico Del Bianco, 1909.

(3) *Giammaria Fratini.* — Opera citata nella nota precedente.

medioevale e la sua influenza sui caratteri antropologici degli Italiani (1), nella quale ha voluto richiamare l' attenzione sopra il fenomeno storico poco studiato dell' importazione degli schiavi in Italia.

Il commercio schiavistico fiori a Genova, in Toscana, ecc., ma il principale mercato fu Venezia, dove le leggi delle Stato non l' abolirono mai.

Quivi gli schiavi provenivano esclusivamente dall' Oriente e, se è impossibile fare un vero e proprio computo statistico, è *assolutamente indubbio che l' affluire sul fondo della popolazione del Veneto* (a noi interessa solo questo punto) *dell' elemento mongolico non deve essere stato indifferente.*

Si domanda perciò il Livi se di questo elemento sieno rimaste traccie nella popolazione attuale, dato anche che per il trattamento buono usato agli schiavi era possibile il loro mescolarsi con la razza dominante.

Il Lombroso ha annoverato il mongolismo tra le caratteristiche fisionomiche dei delinquenti. Se tra questi dunque si nota tale tipo, ciò — pensa il Livi — può avvenire in parte, perchè taluno dei suoi tratti fisionomici sono veramente dei caratteri degenerativi, ma in parte anche perchè la delinquenza è molto maggiore nelle classi più infelici della Società, in quelle cioè in cui è più facile trovare qualche sopravvivenza del tipo antropologico introdotto con la schiavitù.

Dal confronto fra la Provincia di Venezia ed il resto d' Italia l' autore viene alla conclusione che nei Veneziani di bassa statura il numero dei visi piatti, dei visi larghi, delle fronti basse, dei nasi schiacciati è molto superiore a quello, che sarebbe dà aspettarsi per legge mesologica, secondo la quale, a parità di razza, di sesso e di età, quanto più la statura è alta tanto più va diminuendo la proporzione dei nasi schiacciati, dei visi larghi, delle fronti basse.

Il Livi (sempre nella citata memoria, dalla quale largamente abbiamo desunto dati e notizie) intanto ricordando, come abbiamo pri-

(1) - Atti della Società Romana di Antropologia, 1908 — N.o 1. pag. 100.

ma veduto, che Venezia — dal 1300 in poi — fu il centro principale del commercio schiavistico e come in quella città preponderassero su gli altri gli schiavi di provenienza mongolica è d'avviso, che volendo trovare traccie della loro discendenza sarebbe opportuno ricercarle nel Veneto e in Venezia.

Perciò appunto crediamo che abbiano qualche interesse i dati desunti dalle nostre indagini, perchè praticati, come si è detto, su individui appartenenti tutti alla provincia di Treviso (che passata col 1340 sotto il dominio di Venezia vi rimase, con continui e diretti rapporti, per ben quattro secoli) e per di più in individui alienati.

Si sa di fatto come i pazzi abbiano tendenza a deviare dalle medie.

Le deviazioni del tipo etnografico, nota giustamente il dottor AGUGLIA (1) si rivelano in modo più evidente ed accentuato nei malati di mente.

In una prima tabella presentiamo pertanto le medie ottenute dai varii esami.

TABELLA I^a

Medie su 500 alienati della Provincia di Treviso.

Peso	Kg.	64. 37
Statura	cm.	164
Dist. vertico-ischiatica	»	82
Grande apertura	»	164. 5
Circonferenza toracica	»	83. 69
Altezza sternale	»	16. 99
Dist. xifo-ombelicale	»	15. 73
» ombelico-pubica	»	15. 17
Diam. biliaco	»	26
» toracico ant. post.	»	20
Larghezza del pugno	mm.	80. 4

(1) — *Eugenio Aguglia Sagrini.* — Rilievi antropologici su di una centuria di pazzi in rapporto all' etnografia. Riv. It. di Nevr. Psich, ed Elet. Vol. I.o - Fasc. 10 - Anno 1908.

Indice ponderale		24. 4
Dinamometria m. destra		28
» m. sinistra		27
» entrambe		37
Sfigmanometria a destra		150
» a sinistra		150
Valore numerico di Pignet		16
Circonf. cranica massima	mm.	539
Curva ant. posteriore	»	321
Curva biauricolare	»	310
Diametro ant. posteriore	»	179
Diametro trasverso	»	152
Capacità cranica presunta	mm. c.	1501
Indice cefalico		85
Diam. bifrontale minimo	mm.	108
Diam. bizigomatico	»	136
Diam. bigoniaco	»	109
Altezza del viso	»	179
Altezza della fronte	»	50
Dist. dalla G. alla P. sottonas.	»	68
Dist. dal P. sottonas. al M.	»	60
Larghezza nasale	»	37
Altezza	»	51
Angolo facciale	»	88
Linea naso-basilare	»	105. 55

Da questo specchio ben si vede come le cifre medie delle misure antropometriche, ottenute dai nostri ammalati non si allontanino in genere da quelle che si riscontrano negl' individui normali. — Questo non esclude che gli alienati presentino, come abbiamo accennato, la tendenza a deviare dalle medie, ma dipende in parte dal fatto, che avviene una compensazione fra i dati estremi per difetto e quelli per eccesso.

Perciò la media così ottenuta ha un valore molto relativo e perciò appunto abbiamo voluto fare anche una disposizione per serie, che è la più razionale ed utile per lo studio antropologico.

Se vogliamo intanto dare un rapido sguardo a qualche cifra

vediamo che le misure del tronco non si allontanano dalla norma.

Per la *statura* troviamo un centimetro di meno della media data dal soldato veneto, che è, secondo LIVI, di mt. 1. 65. Essa poi appare compresa tra mt. 1. 66 e 1. 70 nel 36 % e con cifra superiore a mt. 1. 70 nel 17. 2 %.

Oltre che nella statura un debole abbassamento si osserva pure nel *valore numerico*, ma di ciò diremo più avanti.

Merita invece subito menzione la eccedenza della G. A su l'A. P. riscontrata non piccola in molti casi.

Questa eccedenza varia difatti da una percentuale del 35 % (G. A. $\prec$ A. P. di 6-10 cmt.) al 6 % (G. A. $\succ$ A. P. sup. ai 10 cmt.)

Ma prima di svolgere qualche considerazione su il rapporto fra G.A. ed A. P. desideriamo riportare una tavola ricavata oltre che dalle nostre osservazioni anche dalle cartelle, che cortesemente ci favorisce in esame il dottor ZANON e che si riferiscono ad ammalati appartenenti in gran parte alla provincia di Udine, Gorizia, Trieste.

TABELLA II.ª — Rap

	PELLAGRA		ALCOOLISMO		AMENZA		PARALISI PROGRESSIVA		CEREBROPATIA INFANTILE	
	Numero alienati	Percentuale %	Numero alienati	Percentuale %	Numero alienati	Percentuale %	Numero alienati	Percentuale %	Numero alienati	Percentuale %
Numero degli alienati	121		183		46		53		42	
G. A. < A. P. di oltre 5 cmt.	1	0. 8	2	1. 5	—	—	4	7. 54	3	7. 1
G, A. < A. P. da 5-3 cmt.	9	7. 4	11	8. 2	3	6. 5	3	5. 67	2	4. 7
G. A. < A. P. da 2-1 »	8	6. 6	17	12. 7	8	17. 3	12	22. 6	7	16. 6
G. A. = A. P.	3	2. 3	10	7. 5	1	2. 1	—	—	1	2. 3
G. A. > A. P. da 1-2 cmt.	18	14	33	24. 8	8	17. 3	8	13. 2	7	16. 6
G. A. > A. P. da 3-5 »	32	26	29	21. 8	8	17. 3	12	22. 6	9	21. 4
G. A. > A. P. da 5-10 »	21	17	26	19. 5	13	28. 2	13	24. 5	6	14. 2
G. A. > A. P. oltre 10 »	29	23	5	3. 7	5	10. 8	1	1. 9	7	16. 6

porto tra G. A. ed A. P.

CEREBROPATIA DEGLI ADULTI		PSICOSI maniaco depressiva		ISTERISMO		EPILESSIA		DEMENZA PRECOCE		PARANOJA		GRACILITÀ intellettuale	
Numero alienati	Percentuale °/o	Numero alienati	Percentuale °/o	Numero alienati	Percentuale °/o	Numero alienati	Percentuale °/o	Numero alienati	Percentuale °/o	Numero alienati	Percentuale °/o	Numero alienati	Percentuale °/o
179		156		10		50		209		21		58	
6	3. 3	4	2. 5	—	—	1	2	4	1. 9	—	—	1	1. 7
14	7. 8	14	8. 9	1	10	6	12	24	11. 4	1	4. 76	4	6. 8
24	13. 4	15	9. 6	3	30	8	16	17	8. 1	5	23. 8	7	12
2	1. 1	8	5. 1	—	—	—	—	9	4. 7	2	9. 5	3	5. 1
37	20. 6	18	11. 5	2	20	11	22	30	14.3	5	23. 8	6	10. 3
49	27. 3	44	28. 2	2	20	15	30	45	21. 5	2	9. 5	16	27. 5
36	20. 1	39	25	1	10	7	14	61	29. 1	4	19. 1	13	22. 4
11	6. 14	14	8. 9	1	10	2	4	19	9	2	9. 5	8	13. 7

Appare superfluo l' insistere qui su l' importanza dell' esame comparativo tra le misure della A. P. e della G. A. in quanto esse servono a documentare una peculiare anomalia di significato atavico.

Basti ricordare che — secondo Morselli (1) — la lunghezza dell' arto toracico, misurata dalla testa dell' omero all' estremità del dito più lungo e paragonato a quella della spina =100 ci dà:

Gibbone 222, Atele 174, Orango 170
Chimpanzè 152, Gorilla 150. —
Cercopiteci e Cebidi da 121 a meno di 100
Crisotrice e Uistiti circa 84.

Ora se avviene dunque che da questo carattere non si può stabilire una scala regolarmente progressiva delle scimmie inferiori all'uomo, in quanto alcune scimmie inferiori presentano la G. A. $<$ della A. P., emerge però chiaramente da questi dati che la prevalenza della G. A. sulla A. P. è carattere proprio delle scimmie più vicine all' uomo, delle scimmie antropomorfe.

E' notoria l' importanza medica attribuita ai dati antropometrici, dalla scuola di Padova, che ha dimostrato come (2) *tutte le sproporzioni tra la tesa e l'altezza personale coincidono con sproporzioni di sviluppo della colonna vertebrale*. L'importanza è poi affermata anche nel campo dell' antropologia criminale, specialmente per opera del Laccassagne. Secondo il Marro (3) la prevalenza della G. A. sarebbe specialmente frequente a verificarsi negli assassini, nei grassatori, negli incendiarii e nei feritori ; pure ammettendo quale coefficiente non trascurabile l' influenza professionale.

Il Martin (4) recentemente ha attribuito nuovo valore alle sproporzioni tra G. A. ed A. P. riaffermando appunto l' importanza dell' antropometria e dello studio dei rapporti fra i diversi segmenti del corpo, che rende conto delle perturbazioni dello sviluppo fisico di un individuo sotto l' azione delle malattie dell' infanzia e dell'adoloscenza oppure sotto l' influsso dell' eredità.

Senza voler qui attribuire significato specifico all'eccedenza della

---

(1) *Morselli* — Antropologia Generale. U. T. Torinese. Milano 1911.
(2) *De Giovanni* — Nevrosi e Neurastenia. Vallardi, Milano.
(3) — in *Carrara*. — Antropologia criminale, — Sanità Psichica. Vallardi. - Milano.
(4) *E. Martin* — L' anthropométhrie des dégénérés. Rapport de la taille et de la Grande [illegible]

G. A., secondo ogni aggruppamento clinico, risulta che nella totalità dei malati di mente da noi studiati tale carattere antropologico è molto spiccato.

Le maggiori percentuali gravano certamente sulle forme a substrato degenerativo, e tra esse comprendiamo — anche per precedenti note antropologiche e cliniche (ZANON (1), VIDONI (2), VOLPI - GHIRARDINI (3) — la demenza precoce.

Si avrebbe poi una percentuale del 29 0[0 di eccedenza 5-10 cm. in confronto alla percentuale del 35 0[0 trovata da lo ZANON in 102 dementi precoci (l. c.).

Non sono tuttavia trascurabili i dati trovati nei normali. Il FERRI trovò nei soldati veneti fino a 14 cm. di differenza.

Altro rapporto che si connette con la eccedenza di G. A. sulla A. P. è quella *della lunghezza dell' arto inferiore rispetto alla A. P.* considerata = 100.

La media di tale indice sarebbe negli alienati da noi esaminati per il tronco di circa 50, in confronto circa del 52. 3 trovato sui Parigini dal MANOUVRIER.

Un' esatta comparazione dei risultati ottenuti su gli alienati con quelli di altri autori non ci riesce tuttavia possibile per gli scarsi dati forniti dai normali.

Senza quindi entrare in particolari, diremo che tenendo per base approssimativa i calcoli del MANOUVRIER, avvertiamo nei 50 alienati una *forte brachiscelia.* Su l'interpretazione della quale è d' uopo procedere con cautela ; a noi però parrebbe di poter ritenere come carattere etnico non indifferente, alla stregua dei nasi arricciati, degli occhi a mandorla, etc., rientrando la brachiscelia nei caratteri propri della gente mongolica.

Nelle seriazioni per altezza non risulta intaccata la legge di MANOUVRIER, per cui a misura che la statura aumenta diminuisce la

(1) *Zanon.* — Caratteri degenerativi atavici e patologici nella demenza precoce. XI Congresso della Società Freniatrica Italiana. Rivista sperimentale di Freniatria Volume XXXIV Fasc. III e IV.

(2) *Vidoni* — Contributo allo studio della « Dementia Praecox » Note e Rivista di Psichiatria 1909.

(3) *Volpi* — *Ghirardini* — Sulla Patogenesi della demenza precoce. — Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale, 1907. Fasc. V.

lunghezza *relativa* del busto ed aumenta quella dell' arto inferiore; gl' individui più alti sono infatti anche i più spiccatamente macrosceli.

Per altri caratteri antropologici pure importanti per la designazione etnica del malato abbiamo ritenuto opportuno il confronto delle cifre da noi ottenute su i malati con quelle desunte dagl' individui sani. Per questi ultimi abbiamo ricavati dati dall' Antropologia militare (1).

Così in una tavola abbiamo raccolto la percentuale offerta dalla altezza della faccia, del viso a seconda delle stature confrontando con i dati del Livi e tenendo conto anche della conformazione del viso e del naso.

TABELLA III.ª

GRUPPI DI STATURA	NASI arricciati o schiacciati per 100		VISI PIATTI per 100		VISI CORTI per 100		FRONTE BASSA per 100	
	normali	alienati	normali	alienati	normali	alienati	normali	alienati
inf. a 1.60	18.3	22. 1	8. 0	15. 0	10. 9	27. 4	14. 3	32. 0
da 1. 60 a 1. 64	18. 2	20. 2	6. 0	11. 3	8. 4	20. 6	14. 7	34. 5
» 1. 65 » 1. 69	17. 0	18. 3	8. 3	5. 6	5. 3	21. 2	13. 3	27. 3
» 1. 70 in più	14. 0	13. 5	6. 7	10. 2	4. 4	13. 3	11. 3	24. 4

Dalla lettura della tabella risulta evidente nei pazzi la maggior percentuale dei caratteri studiati.

---

(1). *Rodolfo Livi.* — Antropologia militare. — Roma 1896.

Dobbiamo considerare ciò come deviazione o come prodotto di mescolanza di razze ?

E' un carattere degenerativo o frutto dell' introduzione di sangue mongolico nella costituzione prima della popolazione della provincia di Treviso ?

La domanda ha diritto di essere affacciata ed integra quella del Livi, per il fatto appunto che gli alienati portano le stigmate di queste influenze. Così, per conforto di esempio, le misure craniche riscontrate negli alienati di Sicilia dal dottor Agúglia (1) trovano spiegazione con un «ritorno alle razze africane, le cui continue e ripetute incursioni nell' isola, e specialmente nelle regioni litoranee vicine hanno certamente influito a determinare quelle anomalie, che si riscontrano — d' Abundo (2) — in Sicilia con relativa frequenza anche tra i normali.

Il riscontrare pertanto caratteri mongoloidi nei nostri ammalati non può far concludere subito per una constatazione di caratteri degenerativi, ma deve portare la critica sulla frequenza di tali caratteri (mongoloidi) anche nella popolazione in genere, non ignorando la forte percentuale dell' elemento etnico eurasico che in tutta l' Italia settentrionale (3) ha soppiantato, in lungo volger d' anni, quello primitivo eurafricano.

La media dell' *indice cefalico* è di 85, ma considerando separatamente le singole cartelle troviamo che una percentuale alta sta tra 85 e 89.

Si constata cioè una forte brachicefalia, che assegna, per questo dato, alla provincia di Treviso un posto accanto a quello delle regioni dell'alta Italia come, per esempio, Udine, dove Antonini e Zanon (4) hanno trovato la maggiore percentuale fra gli stessi nostri dati (secondo Ferri abbiamo: Veneti, 83. 6; Piemontesi, 83; Lombardi, 82.5; secondo Livi: Piemontesi, 85.9; Veneti, 85.0; Lombardi, 84.4).

---

(1) *Eugenio Aguglia* — l. c.
(2) *D' Abundo* — citato da Aguglia.
(3) *Sergi* — Europa. Fratelli Bocca, Torino.
(4) *Antonini et Zanon*, Anthropologie des fous et criminels du Frioul. — Extrait des actes du VI Congrés Int. — Anthropologie criminelle. — Turin, 1906.

La circonferenza cranica dà una media di mm. 539. E' utile per confronto ricordare che la media della circonferenza cranica ricavata dalle cifre di FERRI (1) su 711 uomini normali, è per l' Italia del Nord di 546 millimetri.

Così pure interessa vedere che se si trova fra 531 e 550 il maggior numero dei casi se ne ha pure 8 casi sotto 500 mm. (3 soli di vera microcefalia) e che oltre il 500 molto scarso è il numero delle osservazioni. Oltre il 600 poi è stato possibile constatare un solo caso offerto da un individuo affetto da cerebropatia infantile (idrocefalia).

La *capacità cranica* è stata calcolata con il metodo della somma delle tre curve e dei due diametri massimi. Se è vero, com'è stato osservato, che cifre così ricavate non corrispondono a realtà, ciò non di meno giova nella pratica servirsene, come insegna l'esperienza di tanti osservatori, se non altro perchè abbiamo a nostra disposizione un criterio di sufficiente probabilità.

La media è di mm.^{3} 1501.

Dall' esame poi delle singole cartelle risulta una cospicua deficienza di cifre elevate, dovendosi infatti parlare di capacità alta quando supera i cm.^{3} 1500.

Fermandoci ora per un momento intorno ad alcuni *caratteri descrittivi* troviamo: gli occhi grigi celesti nella proporzione del 40 %; castani in quella del 54 %; neri 6 %.

I capelli appajono biondi nel 13 %; castagni nel 52 %; neri 62 %. Di gran lunga prevalente è poi la combinazione dei capelli neri con occhi castagni.

Sono poi, salvo rarissime eccezioni, lisotrichi.

Gli antropologi si sono occupati del colore dei capelli, che presenta la più grande variabilità.

---

(1) *Enrico Ferri*. — L' omicidio — Fratelli Bocca editori — Torino.

« Se il colore nero — scrive il BATTISTELLI (1) — può dirsi quasi esclusivo delle razze selvagge, le razze bianche sono sotto queto punto di vista variabili al massimo grado. Dal rosso al biondo, dal biondo al castagno, si passa facilmente a quel bel nero ebano di cui i nostri meridionali ci offrono i migliori campioni.

Se adunque nel colore dei capelli ed in genere di tutto il sistema pilifero si volesse trarre un criterio antropologico assoluto per sostenere il concetto dell' affinità nostra con un tipo di mammifero inferiore, io penso che la questione sarebbe ardua davvero.

Tuttavia, stando alle indagini accurate degli antropologi, pare che non si possa negare un certo atavismo nel colore nero dei capelli, ed essi, in special modo i seguaci della nuova scuola, han voluto tener conto anche di questo elemento per assodare se veramente dalla modalità del colore nei capelli si possono stabilire delle differenze fra l' uomo normale ed il degenerato non solo, ma anche fra le varie forme di degenerazione. »

Un cospicuo predominio del colore nero ed una notevole inferiorità di quello biondo sono stati da LOMBROSO (2) riscontrati nei criminali del Piemonte in confronto dei normali. Così MARRO ed OTTOLENGHI (3).

Sono degni di nota poi — osserva BATTISTELLA (4) i risultati di THOMPSON che in Inghilterra su 326 assassini trovò 248 castani, 78 neri, 11 soli rossi. Eppure — commenta LOMBROSO — è fra gl'Inglesi specialmente che predomina il biondo.

RIBAUDO (5) pure ha trovato nei soldati criminali proporzione del 59 0[0 capelli neri e la prevalenza di questi nei criminali sarebbe anche stata costatata dal BATTISTELLA.

Bisogna considerare qual' è l' influenza etnica di questi dati.

È noto infatti come in tutto il sistema pilifero — del quale qualche accenno si trova nella nostra tavola IV — più importante

(1) *Luigi Battistella.* — Il sistema pilifero nei normali e nei degenerati. — Atti della Società Romana di Antropologia. Vol. V. - Fasc. III. - Anno 1900.

(2) *Cesare Lombroso.* L' uomo delinquente. v. Edizione. Torino. 1897.

(3) Citati da *Lombroso.*

(4) *Luigi Battistella.* Lavoro citato.

(5) *Brancaleone Ribaudo* — citato da BATTISTELLA.

per l' antropologo è la capigliatura che è anzi assunta per molti autori a criterio per la differenziazione delle razze. E se la forma dei capelli è molto utile per le grandi classificazioni, il colore è importantissimo per la ricerca delle varietà umane, come carattere che più facilmente si plasma e subisce l' influenze climatiche e d'ambiente — come quelle del colorito della pelle.

Non bisogna poi dimenticare, poichè le nostre ricerche vertono quasi interamente su elemento agricolo — le influenze professionali di classe, in quanto le ricerche VIRCHOW e del LIVI tenderebbero a farci ritenere che i contadini abbiano maggiore quantità di tinte chiare degli urbani.

Esaminando i dati (dedotti del resto da materiale non molto vasto) raccolto dal BATTISTELLI vediamo che nell'Italia settentrionale si riscontra il 27 °|₀ di capelli neri ed una cifra perfettamente uguale di capelli biondi.

Secondo il LIVI dei coscritti veneti, alti da 155 a 170 il 12.8 °|₀ presenterebbe capelli biondi e il 25,5 °|₀ capelli scuri.

Confrontando questi dati con il 62 °|₀ di capelli neri, messo in evidenza nei nostri alienati ben chiaro appare l'aumento dell'indice di nigrescenza negli ammalati di mente.

Un nuovo dato noi abbiamo aggiunto alle solite misurazioni antropologiche, il valore numerico che corrisponderebbe all' indice di robusticité dei francesi.

Di fatto il medico militare francese PIGNET (1) ha ideato di fondare il risultato delle tre misurazioni statura (espressa in centimetri), perimetro toracico (centimetri) e peso (kg.) secondo la formola:

V. N. = Statura — (Perimetro toracico + Peso).

Questo indice di robustezza, per quanto empirico e per quanto rinnovi l'errore di mettere in rapporto diretto fra loro misure di natura diversa, è stato molto studiato, dai medici militari francesi e dal Dott. CAO (2), in questi ultimi anni.

(1) Bolletin Medical 27 Aprile 1905, Vedi Livi: Antropologia, Sanità Psichica. — Vallardi 1912.

(2) Giornale della R. Società Italiana d'igiene.

Come appare dalla formola la robustezza individuale sarebbe inversamente proporzionale al valore della cifra indice.

Tronconi (1) ha contemporaneamente a noi, trasportato le ricerche nel campo delle malattie mentali, ricercando tale indice in 1074 casi — raggruppati secondo la diagnosi clinica e avrebbe concluso per ammettere come probativo il risultato del valore numerico.

In una tavola abbiamo riassunto i risultati ottenuti su i nostri 500 alienati.

(1) Nota e Riviste di Psichiatria. Pesaro Anno XLI N. 1.

TAVOLA IV.ª —

		PELLAGRA		ALCOOLISMO		AMENZA		PARALISI PROGRESSIVA	
		N.º	°/o	N.	°/o	N.º	°/o	N.º	°/o
Sviluppo fisico	Valore numerico	26		105		26		12	
	N.¹ negativi	—	—	—	—	—	—	—	—
forte	1 - 15 - 9	8	30 °/o	30	28 °/o	1	3 °/o	1	8 °/o
medio	16 - 25 - 9	13	50 °/o	47	44 °/o	11	39 °/o	6	50 °/o
debole	26 - 30 ed oltre	5	19 °/o	28	27 °/o	16	57 °/o	5	41 °/o
Sviluppo fisico prevalentem.		medio		medio		debole		medio	

Valore numerico

CEREBROPATIA INFANTILE		CEREBROPATIA ADULTI		PSICOSI maniaco depressiva		EPILESSIA		DEMENZA PRECOCE		GRACILITÀ intellettuale	
N.°	°/o	N.°	°/o	N.°	°/o	N.°	°/o	N.°	°/o	N.°	°/o
35		95		40		19		111		29	
—	—	1	0.5 °/o	—	—	1	5 °/o	1	0.9 °/o	—	—
2	5 °/o	12	12.6 °/o	16	40 °/o	3	16 °/o	16	14 °/o	16	55 °/o
12	34 °/o	39	41 °/o	18	45 °/o	11	57 °/o	56	50 °/o	11	37.9 °/o
21	60 °/o	43	45 °/o	6	15 °/o	4	21 °/o	38	34 °/o	2	6.8 °/o
debole		debole		forte		medio		medio		forte	

La tabella non richiede lunghi commenti; basti rilevare come secondo questi dati, si avrebbe un indice di robustezza molto basso.

	Nostre ricerche	TRONCONI
1. nella Cerebropatia infantile	60 %	59. 5 %
2. » Amenza	57 %	56. 5 %
3. » Cerebropatia adulti	45 %	41. 3 %

con una corrispondenza veramente razionale colla pratica clinica.

Colpisce invece il prevalente sviluppo organico medio (50 %) dato dalla pellagra; forse spiegabile per il fatto che i contadini, che danno massimo contributo alla pellagra, sono in genere bassi e tarchiati. anche per ragioni professionali.

Concludendo a noi sembra che la ricerca del valore numerico del PIGNET possa con qualche vantaggio associarsi alle comuni ricerche antropologiche, qualora però si tenga sempre presente che il suo significato è soltanto relativo.

Non bisogna difatti dimenticare che nell' organismo, come ha magistralmente insegnato VIOLA, l' impulso evolutivo originario rappresenta una forza quantitativa determinata per ogni individuo, che normalmente si scinde in forza evolutiva *ponderale* e forza *evolutiva morfologica*. Ora nella valutazione delle condizioni di un organismo si devono tener presenti queste due derivate ricordando come nell' uomo, per l' intervento di cause diverse, si determinano deformazioni del tipo medio normale di razza, che sono la conseguenza del governo della legge riguardante lo sviluppo ponderale ed il morfologico e che si manifesta con la *megalosplancnia* o abito apoplettico, nel quale esiste la prevalente evoluzione ponderale, associata alla deficiente evoluzione morfologica e con la *microsplancnia* o abito tisico, nel quale esiste la prevalente evoluzione morfologica, associata alla deficiente evoluzione ponderale (1).

(1) *Viola* — L' abito tisico e l' abito apoplettico nei rapporti con l' infantilismo, la precocità, il gigantismo. — La Clinica Medica. 1910.

* * *

In un'altra tabella (V^a^) abbiamo riassunto le principali anomalie.

Seguendo un criterio di eliminazione e di selezione dei caratteri degenerativi, abbiamo radiato dalla già lunga serie, alcune voci, quali platicefalia, fellaino etc., che per quanto figurino in molti studii anche recenti accanto alle più significanti stigmate degenerative, vanno secondo noi, accettando i risultati dell' opera felicemente innovatrice in materia del SERGI, interpetrate come caratteristiche etniche del tipo eurasico, la prima; dell' asiatico, la seconda.

Abbiamo però creduto di non fare cosa errata nel raccogliere in questo studio alcuni caratteri, che più che come altro si devono interpretare come etnici per il fatto che essi sono di osservazione più rara nei sani della nostra provincia.

Perciò alcuni li abbiamo elencati nella tavola V.^a^ altri invece nella III^a^ per un confronto diretto fra loro e con quelli osservati negli individui sani, o almeno ritenuti per tali.

Non è nostra intenzione l' estenderci lungamente sul significato delle anomalie.

Per alcuna abbiamo del resto già detto estesamente in un lavoro a parte (1); qui perciò basti, per bene intenderci, solo il ricordare come per anomalie noi con gli autori intendiamo quelle formazioni organiche, le quali per qualche carattere proprio, si allontanano dal tipo medio.

Esse, secondo la classificazione seguita dai più, possono essere leggere, gravi, gravissime.

Comprendono le forme degenerative propriamente dette e quelle che sono di natura patologica, le quali stanno però sempre a significare « un segno (2) indubitabile della debolezza congenita di costituzione ». L' ARNDT (3) a punto dimostra come le alterazioni somatiche rappresentino altrettanti disturbi dello sviluppo individuale.

---

(1) *G. Vidoni e S. Gatti* — Su le anomalie e su le malattie della pelle ed annessi negli alienati — Gazzetta medica Lombarda N. 46-47- anno 1910.

(2) *Enrico Morselli* — Semeiotica delle malattie mentali. — Vallardi, Milano 1895.

(3) *Arndt* — Trattato di Psichiatria, citato da Morselli.

Lo studio della degenerazione del resto nonostante tante innovazioni e nonostante tanta opera continua di revisione è ben lontano dall' aver tratto le sue conclusioni definitive. Nell'esame del problema non siamo ancora — notano VASCHIDE et VURPAS (1) — che all' inizio. Non siamo ancora usciti, per riprodurre anzi le parole dei due autori, dalla prima tappa, che è la fase della intuizione.

In ogni modo le conquiste più sicure dell' antropologia permettono di trarre intanto una conclusione ed è che «tutte le anomalie, e ben lo dimostra nella sua opera recente il PETRAZZANI (2) — secondo il loro modo di origine, si possono dividere in *ereditarie* ed *acquisite* » tenendo in tal modo presente — che le alterazioni di sviluppo possono esser dovute « a cause venute all' essere nuovo con la discendenza, o a cause venutegli dall' ambiente nel periodo complessivo, che si chiama embrio - fetale, e, benchè assai meno, nelle fasi extrauterine della crescenza. »

Da qui il significato scientifico di quella divisione, che ben spiega come le *anomalie di origine ereditaria siano tutte fatti degenerativi; mentre le anomalie di origine acquisita sono tutte fatti morbosi.*

---

(1) *Vaschide et Vurpas* — Les signes physiques de dégénérescence.— Annali di Nevrologia, 1902.

(2) *Petrazzani* — Le degenerazioni umane. Sanità Medica, Vallardi Milano 1911.

N. Progressivo	INDICAZIONI	ALCOOLISMO	PELLAGRA	AMENZA	PARALISI PROGRESSIVA	PSICOSI maniaco depressiva	CEREBROPATIA INFANTILE	CEREBROPATIA ADULTI	DEMENZA PRECOCE	GRACILITÀ intellettuale	EPILESSIA	TOTALE	PERCENTUALE
	Anomalie morfologiche. Individui N. 500	105	26	28	12	40	35	95	111	29	19	500	
1	Macrocefalia	1	—	1	1	2	2	5	1	2	2	17	3.40
2	Microcefalia	1	—	1	—	—	—	—	1	1	1	5	1.00
3	Scafocefalia	2	—	—	—	1	—	1	6	1	1	12	2.40
4	Oxicefalia	—	—	2	—	2	3	1	2	1	1	12	2.40
5	Ipsicefalia	2	3	—	—	—	1	1	1	1	1	10	2.00
6	Clinocefalia	1	1	—	—	—	1	2	1	—	1	7	1.20
7	Stenocrotafia	3	3	1	1	5	3	17	3	3	—	39	7.80
8	Trigonocefalia	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	0.20
9	Idrocefalia	1	1	1	—	—	4	1	5	2	1	16	3.20
10	Trococefalia	2	2	—	—	2	—	—	2	—	—	8	1.60
11	Plagiocefalia	7	5	5	2	5	10	20	29	9	6	98	19.60
12	Occipite prominente	5	1	3	1	3	1	4	6	1	1	26	5.20
13	» piatto	14	2	1	2	2	7	12	21	4	4	69	13.80
14	Torus occipitalis	2	1	1	—	3	1	3	1	1	1	14	2.80
15	Infossamento lamboideo	3	1	—	—	2	1	4	8	2	1	21	4.20
16	Calvizie precoce	8	1	—	1	3	1	3	12	2	3	34	6.80
17	Canizie precoce	4	1	—	1	4	1	3	7	—	1	22	4.40
18	Circonvoluzione al cuoio capelluto	1	—	—	—	—	2	—	1	—	1	5	1.00
19	Vortice ectopico	3	2	3	—	—	1	8	4	2	2	25	5.00
20	Vortici plurimi e sopranumerarii	9	1	2	—	17	3	8	12	2	4	58	11.60
21	Inserzione norm. bassa dei capelli sulla fronte	2	3	—	—	4	3	1	7	3	2	25	5.00
22	Plagioprosopia	16	5	8	3	7	16	21	21	11	11	119	23.80
23	Macroprosopia	2	1	—	—	1	1	2	2	—	—	9	1.80
24	Fronte sfuggente	7	—	1	1	2	3	6	10	—	—	30	6.00
25	Prominenza dei seni frontali	6	2	3	2	2	1	4	8	3	2	33	6.60
26	Glabella infossata	2	1	—	—	1	2	—	—	1	2	9	1.40
27	Rughe frontali esagerate	2	3	1	—	3	—	6	7	4	1	27	5.40
28	Prominenza delle arcate sopraorbitali	9	2	2	—	3	1	3	8	—	2	30	6.00
29	Sopracciglia riunite	12	2	2	1	1	2	9	15	2	6	52	10.40
30	Naso deviato	5	3	2	2	1	3	8	9	1	2	36	7.20
31	Mobilità delle pinne nasali	—	1	—	—	—	—	—	4	2	1	8	1.60
32	Zigomi sporgenti	7	1	1	1	4	3	8	7	2	2	36	7.20
33	Oligotrichia al volto	1	2	1	—	1	1	2	2	2	2	14	2.80
34	Prognatismo, progeneismo	15	1	1	—	6	7	8	17	4	3	62	12.40
35	Labbra grosse sporgenti	3	—	—	—	1	3	—	9	3	3	22	4.40
36	» sottili verticali	1	2	1	—	1	—	1	2	1	—	9	1.80
37	Pliche naso-geniane	6	1	1	1	2	2	11	16	7	1	48	9.60
38	Diastemi multipli	3	—	1	—	3	10	11	6	2	1	37	7.40
39	Diastema lemurinico	7	—	1	—	2	7	6	9	1	4	37	7.40
40	Microdontia	4	—	3	—	1	3	3	4	1	1	20	4.00
41	Macrodontia	—	—	3	—	1	6	3	1	2	3	19	3.80
42	Omodontia	6	—	1	1	6	2	—	8	3	2	29	5.80
43	Carie dentaria precoce	3	2	1	1	1	5	4	7	3	4	31	6.20
44	Denti embricati o male impiantati	10	5	2	—	3	6	8	20	6	2	62	12.40
45	Volta palatina acuta	9	4	2	2	5	2	6	14	5	2	51	10.20
46	» » piatta	8	—	—	—	3	2	5	7	1	1	27	5.40
47	Torus palatinus	1	—	—	—	2	3	1	—	1	2	10	2.00
48	Macroglossia — lingua rugosa	3	2	—	—	2	4	2	4	2	1	20	4.00
49	Mandibola voluminosa	8	1	1	1	2	2	9	12	2	3	41	8.20
50	Mento rientrante	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	0.40
51	Apofisi lemuriniche	7	2	1	1	5	3	13	9	2	3	46	9.20
52	Strabismo	2	—	1	1	1	7	1	2	—	2	17	3.40
53	Nistagmo	—	1	1	—	1	3	2	—	—	—	8	1.60
54	Asimmetria d' impianto dei padiglioni auricolari	6	1	—	1	2	4	11	7	4	4	40	8.00
55	Orecchio ad ansa	10	4	1	3	5	6	14	20	8	5	76	13.20
56	Antelice sporgente	—	—	—	—	1	—	—	3	—	1	5	1.00
57	Anomalia di Kelp	1	—	1	—	2	—	—	1	—	—	5	1.00
58	Orecchio di Morèl	1	1	—	1	2	—	2	2	2	1	12	2.40
59	» » Wildermouth I.°	6	1	1	—	4	4	9	8	1	1	35	7.00
60	» » » II.°	—	1	—	1	—	1	—	3	1	—	7	1.40
61	Segno, tubercolo di Darwin	1	2	—	—	1	1	1	2	2	2	12	2.40
62	Lobulo mancante	2	1	—	—	2	—	—	2	1	2	10	2.00
63	» sessile	3	—	—	—	2	—	1	3	—	1	10	2.00
64	» aderente grosso	1	—	—	—	2	—	—	2	1	1	7	1.40
65	» atrofico, ipertrofico	3	—	—	—	1	2	2	5	2	1	16	3.20
66	Macrotia	4	2	1	—	2	1	10	3	2	2	27	5.40
67	Microtia	3	1	2	—	2	1	—	3	2	2	16	3.20
68	Ipertrofia tiroidea	1	2	—	—	1	1	1	1	2	—	9	1.80
69	Scheletro rachitico	1	2	1	—	—	2	1	1	1	1	10	2.00
70	Gronda xifoidea	1	1	—	—	—	2	5	1	1	—	11	2.20
71	Ipertricosi	4	3	1	—	4	2	13	9	2	—	38	7.60
72	Oligotrichia al tronco e disposizione muliebre del pelo al pube	11	—	—	—	2	2	2	12	2	2	33	6.60
73	Ernie	4	3	—	1	4	—	12	7	1	—	32	6.40
74	Anomalie di sviluppo e di conform. degli organi genitali	9	1	1	—	4	6	2	9	2	1	35	7.00
75	Linee palmari irregolari	2	1	—	—	2	2	2	6	1	5	21	4.20
76	Fossetta coccigea	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	3	0.60
77	Tatuaggio	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	6	1.20
78	Balbuzie	—	—	—	—	—	3	1	2	—	—	6	1.20
79	Ginocchio o piede varo o valgo	1	1	1	—	—	2	2	1	—	1	9	1.80
80	Piede prensile	2	1	—	—	3	1	2	8	1	5	23	4.60
81	Sordomutismo	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	4	0.80
82	Sindattilia	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0.60
83	Grida animalesche	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	4	0.80
84	Ruminazione	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	0.40
	Totale	313	109	73	34	177	206	350	493	151	146	2052	
	Percentuale	2,99 °/o	4,19 °/o	2,80 °/o	2,83 °/o	4,42 °/o	5,80 °/o	3,77 °/o	4,44 °/o	5,20 °/o	7,68 °/o	4,14 °/o	

Fermandoci ora per uno sguardo alla tabella quinta vediamo che la media delle anomalie per ogni alienato risulta di poco superiore al 4 per 100.

Dominano sopra tutte le alterazioni morfologiche craniche e facciali, che per alcuni sarebbero le più importanti e rivestirebbero significato spesso palese d' inferiorità filogenetica.

Riguardo alle forme di malattie vediamo che le anomalie si mostrano frequenti specialmente in quelle, nelle quali prevale il fattore costituzionale, il che starebbe a dimostrazione del fatto che « come i segni abnormi vengono lumeggiati dallo stato psichico di chi li porta, viceversa gli stati psichici in certo modo vengono diagnosticati dalla qualità e quantità di segni abnormi (1). »

E qui giova notare come la Demenza precoce risulti per la percentuale della gravità delle stigmate d' inferiorità antropologica pel 4.4 °|°, vicino alla Psicosi maniaco - depressiva e all' Epilessia. Osservazione non certo trascurabile e che richiama alla mente l' affermazione dello Zanon: « Le note di deviazione morbosa e di regressione atavica predominante nella demenza precoce, rispetto alla frequenza con cui si manifestano, trovano adeguato riscontro nel gruppo delle psicopatie squisitamente costituzionali. »

Accettando la sopracitata conclusione del Giuffrida sentiamo però il dovere di avvertire che essa può valere solo in linea generale, astratta. Non si può assegnare alle anomalie un valore superiore a quello che possono significare, specie di fronte al caso concreto. Esse possono essere un indice, ma non sono sufficienti, da sole, ad autorizzare l' interpetrazione di una personalità. " Il segno — rubiamo la frase al Brugia (2) — è presagio, non un' attualità di danno. "

Ad ogni modo le anomalie attestano che nell' evoluzione dell'organismo vi è stato qualche turbamento, e la loro presenza perciò non ci può sorprendere se la troviamo anche nelle malattie, nelle quali l'elemento eziologico esterno, tossico, giuoca gran parte.

---

(1) *Giuffrida Ruggiero.* - Sulla dignità morfologica dei segni detti degenerati.—Atti della Società Romana di Antropologia, 1896 - 97.

(2) *Brugia* — I problemi della degenerazione. — Bologna, 1906.

La patologia di fatto in tutti i suoi rami c'insegna, che a provocare l' insorgenza di malattie è necessario ammettere la necessità di una condizione predisponente, la quale, mentre alle volte può rimanere nascosta, altre volte invece si mostra per segni esterni.

Questo a punto la medicina interna ben riconosce quando trova la *ragione* (1) *della speciale morbilità dello organismo nella sua speciale morfologia*, e questo pure trova elemento d'appoggio dalla frequenza con cui negli alienati in genere si trovano delle alterazioni morfologiche, che sono esponente, come abbiamo detto, di alterazioni compiutesi nell' evoluzione dell' organismo sia per deficenze ereditarie sia per cause morbose.

La miseria organica poi dei genitori può imprimere attraverso ad incompletezza del germe caratteri ancestrali o mostruosità nel feto, come pure può farlo la diminuizione trofica nella vita endo — uterina nello stesso modo che agiscono un trauma uterino o il veleno o l'ago dello embriologo.

« Le imperfezioni dei degenerati (2) sono associate ad irregolarità scheletriche e viscerali». Esse però si riscontrano anche in persone normali, ma più raramente benchè si debba rammentare che nessuno è (3) al mondo che non abbia in sè qualche fatto degenerativo solitamente, per fortuna, leggero. Ad ogni modo si tratti di deficit originario, si tratti di morbosità acquisita, il risultato può sempre costituire, a seconda delle sue modalità di formazione, l' anomalia o la malattia che si tradisce anche in segni esterni, esponente di costituzione, che può opporre scarse ed incapaci barriere ad eventuali cause morbigene e che ci mette in guardia (4) di fronte ad una possibile concomitante deficenza di resistenza del sistema nervoso.

Se guardiamo la nostra tabella ultima, vediamo come nella pellagra, malattia per eccellenza (qualunque sia la teoria eziologica

---

(1) *Achille de Giovanni* — Commentari di clinica medica desunti dalla morfologia del corpo umano — Milano, *1904*.

(2) *Eugenio Tanzi*. — Trattato dalle malattie mentali. — Milano. 1905.

(3) *Pietro Petrazzani*. — Le degerazioni umane, Sanità Psicologica. Vallardi Milano 1911.

(4) *Vidoni*.— Su di un caso di sindattilia. — Il Manicomio, 1912.

che si preferisce seguire) d' origine esterna, le anomalie si riscontrano quasi nel 4,5 per 100.

Chi ha conoscenza di pellagrosi sa — ed è facile comprendere — la dolorosa storia economica di questi disgraziati, e sa come la pellagra domini in certi paesi ed in certe famiglie.

Ora le osservazioni di ANTONINI (1) di AGOSTINI (2) di MARIANI e MANNINI (3) etc. hanno ben messo in evidenza la frequenza di anomalie nei figli dei pellagrosi, i quali attestano così la loro vulnerabilità originale e la facilità a cadere vittime del male, le cause del quale sono diffuse nel loro ambiente.

Fra i molteplici esempi a noi presentatisi è veramente tipico quello che riguarda la famiglia di due fratelli idioti, contemplati dalle cartelle seguenti.

I genitori erano pellagrosi, i figli (cinque) presentano tutti in modo più o meno spiccato, stigmate antropologiche d' inferiorità somatica, che si associano ad arresto grave dello sviluppo intellettuale.

Il padre annunciava con dolore che aveva cominciato a ricorrere al manicomio, per i due più grandicelli, solamente perchè gli altri (che furono da noi visti in visita) potevano ancora essere assistiti in casa.

Sezione Uomini Cartella N.° 663

Esame antropologico dell' a B. P.

Anni 16 Diagnosi: Cerebropatia infantile

Peso	Kg. 34	Circ. cranica massima	mm. 52.
Statura	cm. 146	Curva ant posteriore	» 315
Dist. vertico ischiatica	» 73	Curva biauricolare . .	» 325
Grande apertura . . .	» 146	Diam. ant. post. . . ,	» 185
Circonferenza toracica .	» 67	» traserso . . .	» 155
Altezza sternale . . .	» 15	Capac. cran. presunta mm.^{3}	1508

(1) *Antonini*. Sui caratteri degenerativi dei figli dei pellagrosi. Rivista Pellageologica 1902.

(2) *Agostini*. Atti del Congresso Pellagrologia di Bologna, Udine 1902.

(3) *Mariani* e *Mannini*. Intorno ad alcune note teratologiche delle mani e dei piedi Archivio di Psich., Medicina legale ed Antropologia Criminale 1904.

Dist. xifo-ombelicale . cm.	165	Indice cefalico . . .	840
» ombelico pubica . »	11	Diam. bifr. minimo . . mm.	102
Diam. biliaco . . . . »	20	» bizigomatico . . »	130
» toracico ant. post. »	15	» bigoniaco . . . »	100
Larghezza del pugno mm.	6	Altezza del viso . . . »	190
Indice ponderale . . . »	222	» della fronte . »	60
Dinamometria m. destra mm.	10	Dist. dalla G. al P. sotton. »	62
» m. sinistra . »	5	» dal P. sottonas. al M. »	68
» entrambe . »	15	Larghezza nasale . . »	40
Sfigmanometria a destra		Altezza . . . . »	45
» a sinistra		Angolo facciale . . . »	85
Valore numerico	45	Linea naso basilare	

Anomalie Morfologiche: Occipite piatto. Vertice alto, leggero idrocefalo. Orecchi di Wildermouth tipo II. Capelli biondi. Occhi celesti. Diastemi multipli. Lingua rugosa. Mignolo mongoloide.

Sezione uomini Cartella N.° 664.

Esame antropologico dell' a. B. A.

Anni 8. Diagnosi Cerebropatia infantile.

Peso . . . . Kg.	27	Circ. cranica massima mm.	545
Statura . . . . cm.	120	Curva ant. post. . . . »	345
Dist. vert.-ischiatica . »	60	» biauricolare . . »	335
Grande apertura . . . »	112	Diam. ant. post. . . . »	190
Circonferenza toracica . »	60	» traverso . . . »	150
Altezza sternale . . . »	12,50	Capac. cran. presunta mm.³	1565
Dist. xifo-ombelicale . »	12	Indice cefalico . , . mm.	79
» ombelico pubica . »	11,50	Diam. bifront. minimo »	100
Diam. biliaco . . . . »	16	» bizigomatico . . »	1912
» toracico ant. pos. »	13	» bigoniaco . . »	90
Larghezza del pugno . . »	5,50	Altezza del viso. . . »	170
Indice ponderle		Altezza della fronte . »	90
Dinamometria m. destra		Dist. dalla G. al P. sott. »	52
» m. sinistra		» dal P. sotton. al M. »	58

Dinamometria entrambe	Larghezza nasale .	mm.	30
Sfigmomanometria a destra	Altezza	»	34
» a sinistra	Angolo facciale . . .	»	90
Valore numerico	Linea naso basilare .	»	102.

Anomalie Morfologiche: Cranio Idrocefalico microprosopico, orecchio ad ansa, naso camuso trilobo, macrotia, capelli biondi, occhi castani, denti seghettati, macrodontia, diastema lemurinico, fellaino, palato profondo.

Concludendo ci sembra che (pur dovendosi nell' interpretazione delle così dette « stigmate » usare molto senso di prudenza per valutare il loro significato degenerativo o patologico) anche dalle nostre ricerche risulti che i « segni degenerativi » stanno ad indicare qualche cosa di difettoso nell' organizzazione dell' individuo. Con questo però si è ben lungi dall' essere autorizzati a dedurre che cosa e quanto di psichico sia leso nell'individuo stesso, non potendosi di certo con questi soli dati risolvere il problema dei rapporti tra psiche ed organismo.

∴

Poche furono le *donne* esaminate antropologicamente, per la maggiore difficoltà di ottenere dati metrici esatti e per la nota scarsezza, in genere, di caratteri degenerativi spiccati, nell' elemento femminile (1).

Il criterio di scelta del materiale fu di tenere in conto le malate (50 su 300) che già a primo aspetto presentavano un qualche interesse antropologico.

E ben si comprende come, dopo una tale pregiudiziale, venga ancora più deprezzato il significato delle cifre medie (sia pure medie seriali) trattandosi di una materiale che è senza dubbio fra il più dell' elemento femminile manicomiale.

Alcune particolarità sono tuttavia meritevoli di accenno :

Per quanto riguarda la *Statura*, si è riscontrato una minima

(1) *Aguglia Sagrini.* — Rilievi antropologici in una centuria di pazzi in rapporto all'etnografia. — Rivista It. di Neurol. Psich. Elett. 1908.

di 1,35 in una malata di 23 anni, con segni d'infantilismo somatico e psichico; una massima di 1.68. Delle altre il 40 o|o circa sta fra 140 - 150 cm. con una grande preponderanza del gruppo compreso tra 145 e 150 cm. circa il 30 o|o sta fra 150 160 cm.

La G. A. è $\gtrdot$ della A. P. di 10 cm. ed oltre nella proporzione del 6 o|o, è $\lessdot$ nella proporzione del 2 o|o.

La capacità cranica presunta media è di 1437; la minima di 1353 la massima di 1550.

L' indice cefalico minimo è di 72; si riscontra inoltre dolicocefalia nel 6 o|o dei casi, brachicefalia nel 75 o|o con una prevalenza di un indice superiore al 85 (indice medio locale), e un massimo di 89.

Numerose (1) e più interessanti appaiono le anomalie dei caratteri descrittivi.

Tuttavia anche di questi non faremo che una rapida rassegna tanto più che parecchi casi furono oggetto di particolare studio in altre note.

Furono riscontrati:

1 *forcola coccigea* in una cerebropatica degli adulti.

1. *tipo fisionomico cretinoso* in cerebropatica infantile.

1. *naticipalia* in cerebropatica infantile.

1. *acerofalia*. » »

1. *oxicefalia* con disturbi oculari, ed esoftalmo, segno del Masini pure in una cerebropatica infantile.

Aggiungiamo poi, come carattere di significato di alterazione trofica funzionale, le strie cutanee pseudo-gravidiche (2) in una demente precoce (2).

Ricordiamo inoltre:

Lingua rugosa mongoloide in una frenastenica ed in una cerebropatica infantile.

Unghie ad artiglio in una circolare (3).

Albinismo parziale (poliosi circoscritta) in una circolare di tipo magiarico (3).

---

(1) Ricordiamo il criterio di scelta del materiale di studio.

(2) G. *Volpi-Ghirardini*. — Sulla presenza di strie cicatriziali pseudo - gravidiche in dementi precoci.

(3) *Vidoni e Gatti*. — Su le anomalie e su le malattie della pelle ed annessi cutanei negli alienati. Gazzetta Medica Lombarda 1910, pag. 46-47.

Ipertricosi al volto spiccatissima in due casi; una cerebropatica ed in un'altra malata, in cui l'ipertricosi al volto, completa e mostruosa, si associa ad inversione dei caratteri sessuali esterni con pseudo ermafroditismo (1).

Questi risultati, per quanto lacunari e sommari, ci inducono ad ammettere anche nelle alienate un certo parallelismo fra le stigmate esterne di inferiorità antropologica e la forma mentale, poichè appare tosto come il più numeroso e caratteristico contributo alle anomalie accennate sia portato da donne affette da malattie costituzionali con a capo la cerebropatia infantile.

Ricordiamo inoltre la frequenza di tipi etnici eurasici, come ci attesta l'accordo fra la accennata forte brachicefalia, con la forte percentuale di forme craniche (norme verticalis di BLUMENBACH) ovoidi, sferoidi (corti) e platicefalici.

Una riprova la troviamo nella concomitanza di caratteri secondari quali il naso platirrino, la rima palpebrale mongoloide, e la brachiscelia.

* * *

Queste note di antropologia mentre ancora una volta dimostrano quanta importanza abbia nella alienazione mentale lo studio delle condizioni somatiche, per così dire esterne, permettono anche di trarre qualche conclusione di altra natura.

Esse di fatto ci hanno dimostrato — ed abbiamo raccolto i dati nella prima parte del lavoro — che se è vero che fra gli alienati della provincia di Treviso predominano i caratteri che rientrano nella normalità della popolazione veneta in genere, è pur vero anche che *se ne trovano di speciali* (mongolici).

(1) *Gatti*. — Contributo allo studio delle anomalie degli organi sessuali nei malati di mente. Note e Rivista di Psichiatria. Vol. III. N. 3.

Sieno questi più o meno riuniti in una persona, siano più o meno diffusi non importa.

Il fatto sta che qualche volta si raggruppano in modo da riprodurre un insieme, che non risponde al carattere etnico fondamentale della popolazione.

Il riscontrare poi negli alienati tali segni più frequenti può spiegarsi, come abbiamo visto, con la ricordata tendenza alla deviazione del tipo etnografico proprio a questa categoria di ammalati; *in ogni modo non possono essere ritenuti sempre per fenomeno d'incontestabile significato degenerativo.*

Bisogna pure tener presente accanto alle accennate considerazione etnografiche che i pazienti da noi studiati appartengono tutti alle classi disagiate, dove appunto sono già maggiormente diffusi e dove si mantengono più a lungo caratteri specifici, in causa della cerchia, che le rinchiude con ragioni sociali — economiche, politiche, morali — ostacolando la penetrazione delle altre classi e per conseguenza le unioni sessuali, che modificherebbero, per mescolanze diverse, parte, se non altro, dei ricordati caratteri e la loro fissazione.

LA MENTALITÀ DEGLI ANORMALI PSICHICI

SAGGIO

DEL

D.r Prof. Fr. Del Greco

I.

Per la ricerca delle note caratteristiche di una mentalità-tipo anormale: la triplice sfera di conoscenza nella mentalità umana.

La Psichiatria contemporanea ha estese le sue descrizioni ed analisi dagl' infermi di mente al giro degli anormali. Omai si conoscono le principali deviazioni psicologiche. Alla base vi sono le anomalie *istintive*: le anomalie dell' istinto di nutrizione, di conservazione, di proprietà, dell' istinto sessuale. Fra esse si notano le deviazioni psicologiche più gravi, che possono raggiungere il grado di «mostruosità» — Più in alto vi hanno le anomalie del *temperamento*, nel vario tono del sentimento vitale. È noto, che vi sono uomini malinconici e depressi, od espansivi ed euforici, od apatici, ovvero tristi e reattivi nel tempo istesso. Vi sono individui mobili nell' umore ed a periodi. L' anomalia è nell' esagerarsi di queste primitive disposizioni — Si osservano ancora parziali disequilibrî o difettosità nei lati della *intelligenza*, nelle funzioni sensoriali, mnemoniche, e via — Infine sono importantissime le anomalie, che involgono la personalità negli sviluppi più elevati e complessi, le anomalie della *mente*. — Di queste ultime bramo discorrere. Vo' considerarle, non separate, ad una, ad una; bensì nelle loro interdipendenze e raccolte, in quanto caratterizzano la figura di una mentalità tipo anormale, a va-

rii gradi notevole, dagli uomini medii agli psicopati. Conoscenza utile molto per la Etologia umana.

Adopero la parola « mentalità » nel senso di vita consapevole individuale. La mentalità è l' individuo psicologico, visto al di dentro, *nelle sue complessive espressioni coscienti*. Il « carattere » è l' individuo psicologico, visto al di fuori, *in ciò che lo distingue appunto, come individuo.*

Chiunque voglia rappresentarsi una mentalità, uopo è consideri questo tutto individuale psichico *in rapporto alle sue diverse sfere di conoscenza.* — In noi vi è una sfera di conoscenza del mondo esterno, del mondo concreto, obiettivo. Il mondo esterno con le sue crude necessità s' impone a noi. E noi rispondiamo ad esso con adattamenti vitali, con reazioni senso - impulsive ed intelligenti. Ognuno di noi, davanti ad un masso che precipita, si tira da parte per evitarlo. Se qualcuno ha fame, va in cerca del cibo. Nessuno dubita che quel masso o quel cibo non sieno qualche cosa di reale ed efficace.

Dappresso a questa sfera di conoscenza, che si riferisce *alle cose ed ai movimenti*, ve n' è un' altra, rivolta all' apprensione *dei sentimenti e degl' impulsi*. Sfera di conoscenza intuitiva ed interiore: è vaga, mal proiettata nei quadri della imaginazione. Se trasferita troppo nell' ultima, perde di vita, di spontaneità: rischia di farsi artificiosa. Se appresa soltanto nella sua immediatezza, è di sua natura a contorni mobili, fluttuanti, male distinta. — È il mondo dei mistici, dei poeti-psicologi: è sentito, vissuto da noi, più che conosciuto. Esperienze indirette ne svelano la complessità: lasciano supporre tutta la sua estensione. Questo mondo forma il nostro essere centrale, la personalità nostra con le innumerevoli disposizioni virtuali e profonde.

Infine vi è in noi una terza sfera di conoscenza: quella delle *imagini* e delle *idee*. Nella imaginazione si fingono le realtà più varie: si ha con esse un senso di libertà. Sappiamo, che quel mondo è nostro, che possiamo in certo modo farlo e disfarlo. Esso non ha la inesorabile crudezza, la ferrea necessità del mondo delle cose e dei movimenti.

È vero, che i prodotti della imaginazione e del pensiero hanno anch' essi un determinismo loro proprio. Il poeta non può al momento

giusto salvare da certa morte o da sventura il suo eroe. Nè al pensatore coerente è dato non vedere il termine fatale delle sue deduzioni. Lo scienziato non può dirigere le sue ricerche per vie contrarie alla esperienza. — Certo — Tuttavia alla genesi delle imagini e delle idee si sente, *che da noi si collabora*. Si sente, che esse vengono su dall' intimo nostro, da un mondo diverso da quello delle cose e dei movimenti. — È il mondo collettivo dello spirito, di attività unitarie infinite, di cui l' una è pur l' intima realtà nostra.

Il sentimento di libertà, di partecipazione e spontaneità, diventa maggiore e più definito, quando raggiunge *il grado di libertà morale*. — Quest' ultimo sorge in noi col riconoscere, che la nostra azione non è schiava delle «cose» e di reazioni che da esse provengono immediatamente (reazioni istintive, appetiti, ecc.). La libertà morale sorge, quando la nostra azione si libera dalla rude tirannia esteriore ed accetta un altro impero. Sorge, quando la nostra azione si fa momento, espressione di quel mondo dello spirito, di cui ora ho discorso: mondo della Cultura e degl' Ideali umani. Noi, per l'azione morale, viviamo *nella legge di questo sviluppo ideale ed eterno*, che lo spirito umano (per modi e vie, non sempre note, e diverse) elabora di êra in êra nella Storia.

II.

Continua l'argomento: il locus minoris resistentiae della nostra ragione.

La mentalità si risolve in queste tre sfere di conoscenza. Parrebbe che dalla conoscenza *obiettiva esterna* si potesse salire direttamente a quella delle *imagini* e delle *idee*. Ma non è così. Fra l'una e l'altra vi è di mezzo la sfera di conoscenza, che si riferisce ai *sentimenti* ed agl' *impulsi*. Regione centrale (ho detto): foco a cui le altre due mettono capo e da cui divergono. — Nella umanità incolta si vede tutta la importanza di un simile ambito di conoscenza: l' animismo, le mitologie, in cui fremono *le reazioni nostre più subit-*

tive e personali, furono per alcuni rispetti interpetrazioni ed intuizioni di fenomeni concreti esterni, naturali. Nelle menti culte e raffinate il subiettivo, il personale della ricerca è dimostrato dalla Storia delle Scienze. Non si ha progresso in queste, senza la « ipotesi ». La ipotesi emana dalle addensate virtualità nostre senso - intellettuali, e di emozione, attive (1).

La sfera di conoscenza, che si riferisce ai sentimenti ed agli impulsi, cerca di apprendere, noi, nell' atto di spontaneità nostra profonda, nelle mille sorgenti espressioni che si liberano dall' incoscio od in questo digradano, si perdono. Mondo fluttuante ed immensurabile, che culmina, come intorno ad insegna unificatrice, creatrice, intorno a ciò che dicesi « autocoscienza. » L' autocoscienza è il foco, il nodulo, onde si espande, su cui ergesi luminoso il regno delle idee e delle imagini. Questo vive in noi, siccome è comprensiva ed operosa in noi la funzione suprema dell'autocoscienza.

La idea non è davvero idea, fino a che appare commista, seminascente nelle reazioni nostre emozionali-attive. Uopo è, sia liberata, distinta da queste, e venga respinta nel pallido e freddo ambiente di una rappresentatività interiore, davanti a cui sta (fulcro immoto) l'essere nostro consapevole. Contenuto rappresentativo in certo modo distinto da noi, quantunque non al modo istesso come si distinguono le realtà concrete esterne.—Le idee, questi sottili organesimi intessuti delle reazioni nostre più mobili, transeunti, sembrano aver vita a sè. Allora soltanto possiamo dirle idee, possiamo risolverle nei loro elementi, scomporle e ricomporle; quando non si dicono più nostre, quando vengono distinte da noi, obiettivate nel pensiero, rimosse. Dalla magma del nostro essere individuale si portano in una sfera comune e quasi impersonale. Sfera spirituale ancora, ma *comune umana*, fissata dal linguaggio, dalla tradizione, dalla Cultura. Ad essa concorrono tutte le menti, la sapienza collettiva di un popolo, della umanità.

---

(1) Vedi dell' istesso A. : *Apercu critique sur l'Histoire de la Médicine mentale* nel Traité intern. de Psycologie patologique Alcan'ed.—Paris e *Sulla psicologia della Invenzione* Rivista di filosofia e Scienze affini Bologna, 1900. *Invenzione e personalita'*, dal «Manicomio», 1902, ecc.

Abbiamo detto, che il mondo concreto, reale esterno, è il più distinto da noi: nessuna coscienza di sè deve reggerlo per le sue spire sottilissime.

Nondimeno, all'esterno non vi sono cose e movimenti soltanto: *vi sono uomini, entità spirituali.* E per conoscerli, non possiamo fare a meno di una subiettività notevole, maggiore di quanto occorre per gli altri fenomeni esterni. — Nella vita pratica urge non di rado rappresentarsi *gli stati d'animo altrui*, necessita intuirli ed instaurare su questa base un complesso di previsioni, indispensabili alla nostra condotta. È ciò che importa all'amministratore, al politico, allo storico, per chiunque viva al mondo.

In tale opera rendesi più che mai tiranna l'influenza del nostro essere personale. — Certamente una è la verità scientifica: tutti gli uomini (per la comune struttura dei sensi e per le leggi comuni della ragione) concordano nella *esperienza esterna* ed in generalizzazioni su cose obiettive. Possiamo dire lo steso delle verità *strettamente umane*, di quelle religiose, filosofiche, estetiche?

Il passato secolo è corso gigante per questa via. Si è proposto l'arduo compito di trasformare in discipline *scientifiche* le varie *dottrine* o filosofie morali, giuridiche, religiose. Si è sforzato di dare ad esse impronta di universalità, di rigore metodico. — Fu mai possibile? — Nel fatto le cose umane procedono su per giù, al modo istesso.

Si ergono tuttora acute, irriducibili le divergenze di animo e pensiero tra individui e popoli e collettività. Le fredde e miti *idee teoriche* dileguano nel calore della disputa, s'irrigidiscono nelle *credenze*. E queste sono troppo serrate all'esser nostro per accogliere in largo giro l'umanità intera. Sono troppo vissute, contingenti, pratiche. Fremono nei nostri impulsi d'azione, nell'efimero e complicato momento di nostra vita individuale. — Per salire alla visione di un'armonica comunità di spiriti, sommi genii dovettero vincere, mettere in silenzio tanti lati delle loro nature. Fu rinuncia suprema ed ascensione faticosa di pensiero — Altrimenti vi è pericolo di cadere in un tristissimo errore. Vi è pericolo di scambiare l'ammasso (spesso incoerente e misero) delle nostre credenze, dei nostri ignobili desiderî, di scambiarli per quella tipica sovrana realtà!

Dice lo SCHILLER, che bisognerebbe avere una mente divina, oltre l'umana, per scrivere la Storia. Quanto la mente è più vasta, comprensiva, disinteressata e serena; maggiormente campeggia nell'equilibrato giudizio degli avvenimenti umani. Il locus minoris resistentiae della nostra ragione è qui: è cimento d'*intelletto* e d'*animo* nel tempo istesso. *L' orientamento, sociologico e morale,* possiamo dirlo lavoro delicatissimo del nostro spirito. Ne rivela tutta l'eccellenza, od i difetti, le lacune, le perversità.

III.

Ipocondriasi e mancata energia autocosciente, emotività, poca saldezza personale

Nei casi di follia il mondo delle imagini e delle idee tende a confondersi con quello delle cose e dei movimenti esterni. Le due sfere di conoscenza male si profilano distinte. Una vivace idea presto è tradotta in percezione esteriore. E sulle percezioni esteriori incombono tiranne le supposizioni, le anticipazioni subiettive: le deformano inesorabilmente. Ciò avviene in special modo, perchè alterata (e grandemente) è la sfera di conoscenza centrale, quella dei sentimenti e degl'impulsi, e con essa la coscienza di sè.

La follia non si dispiega nel pensiero astratto: al primo vento di follia il mondo delle idee si obnubila e talvolta dilegua. Nè la follia è alterazione sostanziale della percettività materiale esterna. Le cose ed i movimenti non sempre vengono percepiti dal folle in maniera del tutto diversa dai sani di spirito — La follia è alterazione della conoscenza, che mira al nucleo centrale nostro, all' « io empirico » ed alla funzione che culmina nella « coscienza di sè ». Più che alterazione di simile conoscenza, dovrebbe dirsi alterazione del contenuto di questa. L' obietto di questa è in preda nella follia a modificazioni patologiche: l' « io empirico », la personalità nei maggiori sviluppi.

Al sentimento, che rivela l' unità, la *compattezza personale*, concorrono *sensazioni organiche*, del nostro corpo; ed ancora un sentimento di sforzo, di energia, *d' attività consapevole interna*. — In

sui primordii della follia le sensazioni organiche si traducono nell'avvertimento di *malessere profondo.* E vi è *decaduta autocoscienza, mancata energia psichica* davanti alle impressioni ed agli avvenimenti esterni. Vi è mancata energia *interiore,* davanti alla tirannia di espressioni psicologiche diverse, che su essa premono e ne infirmano la direttiva.

Ciò si osserva in gran numero di anormali psichici, specialmente nei così detti « psicastenici » : individui oscillanti tra follia e sanità di spirito — Già nella comune stanchezza questi fenomeni sono notevolissimi, ma nello psicastenico si specificano nettamente. In simili casi l'attenzione è rivolta ad una folla di sensazioni anormali corporee, e le imagini, le idee sorgono alla periferia dell'ambito cosciente senza venire assimilate o respinte. Allo psicastenico riesce terribilmente faticoso privare una idea delle sue risonanze, subiettive, tristi, angosciose: riesce difficile spostar quella idea verso l'ambiente rappresentativo puro, risolverla serenamente negli elementi suoi, discuterla, valutarla.

Vi sono individui in cui la impressionabilità grande, i motivi emozionali danno alla ideazione un andamento incongruo ed unilaterale. Essi cadono nei maggiori errori e talvolta consumano una notevole energia mentale intorno a certi paradossi, che apparrebbero assurdi davanti alla critica più semplice ed equilibrata.

È bene insistere su codesta impressionabilità, su codesta *emotività* degli anormali psichici. — Avvenimenti da nulla, percezioni secondarie li sorprendono (direi) e li scuotono profondamente.

Tutta la nostra vita personale è uno sviluppo di adattamenti, di riduzioni ed eliminazioni di sentimenti ed idee ad alcune *direttive sostanziali* di condotta e di pensiero. Nella vita, per quanto si oscilli, ognuno si sforza di ritrovar sè stesso, di ridursi ad alcune credenze, ad alcuni sentimenti cardinali. L'ambiente di origine, e poscia la Cultura, l'attività psichica individuale, li costituiscono in lui. — Anche negli spiriti più criticamente operosi, negli spiriti ribelli a preconcetti ed a tradizioni; lo sviluppo mentale va sull' ossatura di sentimenti, abitudini, idee, aventi qualche stabilità caratteristica.

Ora vi sono menti, in cui questo *ritrovar sè stessi* si fa terribilmente difficile. Tutta una folla di nuove credenze ed impulsi s' im-

pone nell'ambito mentale: ad ora, ad ora deformano la primitiva personalità. Si arriva in tal modo ai « caratteri isterici », presso i quali la influenzabilità di isolate imagini ed idee è prevalente. Il corso della mentalità individuale, anzichè un largo fiume, in cui balzano e s' interpolano guizzi e correnti varie, è un torrente che si divide, sfrangia, inabissa e risorge senza coerenza ed unità.

All' uopo bisogna tener conto *delle oscillazioni di temperamento.* Vi sono temperamenti ciclici, che passano dall' esaltazione all'abulla ed alla tristezza. Ondate, salienti dal profondo, scuotono la malferma struttura mentale: scricchiola l' edifizio, come arborata nave all' urto della tempesta — Altrove ho dimostrato, che molti sintomi degli accessi maniaci o lipemaniaci non derivavano soltanto dall' invadere di quella vivissima sentimentalità, gioconda o triste. Derivavano dalla *reazione* del « tutto mentale » a quella invasione, derivavano dallo sforzo di rialzarsi, di punto cedere alle mille nuove impulsività. Molti sintomi erano originati dal malessere *in rapporto* ad una simile profonda modificazione subiettiva (1) — Negli anormali dal « temperamento instabile » queste angoscie, questi dissidi interiori sono frequenti.

IV.

Il turbato orientamento sociologico e morale, l'attività fantastico - subiettiva, il doppio modo di emergere delle espressioni psico - anormali.

Negl' individui psicastenici, non gravi, l' energia ideativa è tutt' altro che depressa. Se discutono di cose, che non li preoccupano, discutono bene, talora con vigore. Qualcuno tocca i fastigî del genio. Basta però, che la idea abbia certa risonanza emotiva, e tutto si fa per essi tormentoso ed incerto — Il loro ragionamento è manchevole nell' orientamento sociologico e morale, di cui sopra ho di-

(1) *Intorno alla coscienza ed alle sue alterazioni* — dalla « Rivista di filosofia e scienze affini » Bologna, 1902

scorso. E lo s' intende bene — Dianzi vedemmo, quanto sia diverso orientarsi fra cose e movimenti, oppure fra i soggetti umani. L'ultima operazione è terribilmente difficile per qualsiasi uomo al mondo: ancora più per l' anormale psichico.

Ognuno davanti ai propri simili non può liberarsi dal pensiero sul giudizio che gli altri facciano di sè. Ognuno vede sè medesimo negli altri, ed il proprio valore elevato o messo giù. Moti istintivi diversi, simpatie, confidenze, antipatie, si adombrano in lui: pregiudizi, anticipazioni emotive ne sviano il criterio, turbano la libera apprensione degli « stati d' animo » altrui — Inevitabilmente si pongono in *atteggiamento di difesa,* si chiudono: osservano ed intendono poco e male. Altri *fingono* sentimenti, idee, modi, che servono a coprire sè stessi ed a guadagnare l' animo del nuovo venuto. Pochi restano calmi, sereni, *simpatici*: alcuni privilegiati *aprono l'animo ad ogni lontana e fuggitiva vibrazione.* Per assumere gli ultimi atteggiamenti bisogna avere una grande semplicità di spirito, o sicurezza di sè, aperta intelligenza ed animo disposto a vivere di vita altrui — Pur troppo è così. Fra gli uomini non è molto agevole lo intendersi, specialmente se vi sono differenze di età, di razza, di sesso, e di stato sociale, di cultura.

Nell' anormale psichico il subiettivismo dominatore impaccia queste delicate intuizioni. — Or ora ho detto, che una idea, per averne piena coscienza, bisogna divellerla dalle sue espressioni affettive; bisogna trasferirla nel campo rappresentativo, come cosa non più nostra: colà sottoporla ad esame. I delirî del folle sono giudizii, concepimenti, *che si arrestano alla prima fase*: sono involuti nelle reazioni personali, fanno blocco con tutto un sistema di sentimenti ed impulsi. Non sono idee pure, bensì spontanee credenze. Quindi la impossibilità di convincere il folle del suo errore, la impossibilità di mutare quel blocco per forza d' altre idee e di raziocinio.

Nella grande maggioranza degli uomini, i così detti giudizii morali sono un pò vicini agli ultimi. Sono presi (ripeto) in tutto l' essere nostro. Troppo risentono delle nostre emozioni istintive, d' ira, paura, e di altre più elevate e non meno personali (orgoglio, affermazione di sè).

Questo atteggiamento si esagera (ripeto) nell' anormale psichico

e ne infirma il Carattere. Perciò non sono rari gli anormali misantropi, orgogliosi, intrattabili, od i soverchiamente vanitosi e via. Costoro formano la classe estesa dei „ paranoidi ".

Una simile alterazione di Carattere va non soltanto con menomato giudizio pratico, con una sentimentalità troppo subiettivistica, male corretta da opposte tendenze. Essa importa un vivace *lavorìo fantastico*, che fa anticipare tante possibilità, per nulla verificabili — Così molti anomali dello spirito vivono potentemente una vita di aspirazioni, che giammai prenderanno consistenza e realtà effettiva. Sogni talora belli e luminosi, che si fissano nelle forme supreme dell' Arte: talora infantili, incongrui; od infine orribilmente egoistici, vere mostruosità interne, che l' individuo nasconde.

A questo lavorio fantastico concorrono *tutti i lati* dell'esser nostro. Vengono a livello le esplicazioni delle individuali anomalie istintive, più varie e profonde. E *l' emergere* nella propria sfera imaginativa di simili tendenze va in doppio modo — In alcuni casi urgono esse alla periferia dell'ambito cosciente. S'ingaggia un' aspra lotta tenace fra il proprio criterio, la propria energia morale, e quegli appetiti ed imagini deformi.

Ognuno regola la sua conoscenza delle cose e dei movimenti per la conformazione dei sensi e di tutto l'organismo, per le sue istintività animali e per l'esperienza del vivere. Egli scansa la rovina, od il fuoco, od altro danno. — Al modo istesso gli è necessario regolare la conoscenza dei rapporti umani, l'atteggiamento suo d'individuo sociale. E lo fa per quel complesso d'idee e di sentimenti, di pratiche tradizionali, che diconsi costumi, morale, religione, cultura. Questo complesso (sopra ho detto) informa la personalità nostra, fa da correttivo a deragliamenti inevitabili. Costituisce quel criterio, quel giudizio medio in ognuno di noi, che fa respingere certi paradossi od idee strane. Idee troppo in rapporto con sotterranee deviazioni istintive, malgrado ogni apparenza di ragionevolezza.

Per l' irregolare processo di sviluppo della personalità, per la menomata autocoscienza, queste emergenze si fanno stabili nello psicoanormale. E ne turbano, ne affaticano l'animo — Ognuno di noi è molteplice, chiude in sè una folla di virtualità psichiche diverse: molte di esse si eliminano, correggono. — Un simile lavoro è fievole nei

soggetti in parola: la personalità degli ultimi si rivela assimetrica, contraditoria negli atti, ed incoerente talora.

Ma l'emergenza di vivaci esplicazioni istintive anormali può assumere altra forma. Anzichè urgere presso i limiti del giro cosciente, anzichè premere, insidiare l'«io» morale; possono esse trasferirsi *nel centro* di questo. Quivi possono aver sede ed espandersi mostruosamente. In particolar modo, quando le deviazioni d'istinti, di affettività e di pensiero, vanno d'accordo con pregiudizii, con superstizioni od idee od abitudini antiche — Così l'anormale psichico, surto in paesi e tempi, presso cui domina il fanatismo politico e religioso, può dar libero sfogo ai suoi appetiti sanguinarii. Egli si volgerà contro i reprobi, gl' infedeli, gli avversarii. Il romano dell'epoca augustea, se nato crudele e voluttuoso, poteva benissimo esplicare queste sue libidini sopra i miseri schiavi: fatto non troppo in disaccordo con la moralità dell' epoca e della classe sua.

Adunque le disposizioni anomale talvolta urgono, premono, dissociano la compattezza personale. Altre volte si cacciano nel centro di questa, la plasmano, la rendono angusta, rigida, monocorde. Esse sono interiori, indugiano nella sfera dei *sentimenti* o del *pensiero:* ovvero sono di *volontà*, si esplicano pienamente al di fuori. — Vi hanno individui, che lottano contro marginali impulsi aggressivi o di altro genere, e non riescono a dominarli: hanno per tal modo gli sviluppi volitivi, oscillanti e spezzati. Altri, in cui l'impulsività profonda è nel *foco* di tutto il loro volere consapevole: dà a questo una irruenza, una sostenutezza, una rigida perseveranza, che maraviglia ed impaura quanti li osservano.

V.

Epilogo, anomalie e psicosi, i predisposti alle follie, la figura sintetica dell'anormale psichico.

Il fatto psicologico dominante nelle psicosi e nelle anomalie umane è l'alterata sfera di conoscenza, che si riferisce ai sentimenti ed agl'impulsi. Non tanto la conoscenza per sè, quanto (ripeto) è alterato l'obietto di questa, l'io empirico, la personalità negli estremi

delle sensazioni organiche e dell'autoconsapevolezza— Complesso, che si rivela con la *ipocondriasi* da una parte: si rivela dall' altra, con la *mancata energia interna*, dominatrice su espressioni psichiche diverse [dubbi, ossessioni, angoscie ecc.] . A ciò si aggiungano via via: *l'emotività* od *impressionabilità* grande, il *subiettivismo delle percezioni estertori*, l'instabile linea di demarcazione tra *queste* e le *imagini* e le *idee*; *l'attività fantastica esagerata*, il *pervertito* od *inadeguato orientamento sociologico e morale* — Con la irregolare attività di *sentimento* e di *pensiero* vanno ancora gli *sviluppi della volontà*. Essi oscillano, secondo i casi, dalla inerzia, dagl'inceppi nelle manifestazioni, agl'impulsi, alla foga indomita di operare, alle discontinuità più varie.

In questo ambiente mentale, che, senza essere follia del tutto, è certamente fuori della norma; trovano modo di svolgersi, di costituirsi deviazioni psicologiche profonde: *quelle degl'istinti*. Ho detto, che talvolta sono in dissidio acuto con le idee e con i sentimenti morali dell' individuo; altre volte si cacciano in questi, li deformano, danno ad essi direzioni, attività peculiari.—Si aggiungano le anomalie del *sentimento vitale*, come eccitamento o depressione, ecc. — Si aggiungano le anomalie della *intelligenza*: lacune od eccessi sensoriali, mnemonici, di talenti, di attitudini. Molti soggetti di tal natura discendono per la china delle deficienze intellettuali più varie — Torno a dire. Anomalia suprema, comprensiva di tutte; ambito in cui le originarie e deviate intimità nostre prendono corpo e sviluppo; è il complesso, *l'anormalità mentale*, ora esposta. Si riassume nel triplice ordine di sintomi: *menomata energia interna* — *ipocondriasi* — *pervertito orientamento sociale*. Sintomi, che difficilmente fanno difetto nella grande maggioranza dei nostri anomali.

Notisi frattanto, che, sia le anomalie psicologiche, sia le psicosi, infirmano le linee *medesime* di attività psichica, quelle di cui risulta l' io,, empirico" , la personalità — La psicosi o follia implica una alterazione psichica *diffusa, complessiva*, nonostante che s'inizii da questo o da quel gruppo di sintomi, o lo presenti accentuato. Essa sorge lentamente o di un subito od in tempo breve. L'anormalità è qualche cosa di *fisso, limitato*, quasi sempre originario, che può trovarsi con l'energico funzionamento d'altri poteri psichici — Nondimeno,

sia l'una, sia l'altra, ho detto, che si fondono talora, s'imperniano su identiche funzioni interne. L'anomalia del sentimento vitale, allorchè si accentua molto e turba la mentalità in complesso, diviene, „ psicosi affettiva.„ L'alterato orientamento sociale con gl'inevitabili delirî ed elaborazioni fantastico-ipocondriache, può raggiungere quel gruppo di classiche psicosi che vanno sotto il nome di « paranoie ». Le forme demenziali, le amenze, le follie tossiche od auto-tossiche sono follie soltanto: fiaccano la mentalità nei suoi sviluppi, senza limitazioni o specificazioni troppo definite.

Sarebbe ricerca importantissima distinguere *l'anomalo psichico*, sia pure grave, dal *predisposto alla follia.* Vi sono individui, gravemente deformi nella psiche, che giammai saranno folli, o (per lo meno) folli nel senso di *alterazione diffusa, notevole, decadente* del loro spirito. Altri, in apparenza sani, che presto o tardi saranno vittima di un accesso psicopatico distruttivo. Questi secondi pare sieno dei *fragili* psichici — Sembra, che il difetto stia, si aggravi, specialmente in quella sfera, su cui psicosi ed anormalità s'imperniano: nella sfera dei sentimenti e del volere. Sono « deboli » da un tale punto di vista, pronti a fiaccarsi alla prima occasione. Tradiscono non di rado la poco salda struttura psichica nella «emotività» grande, dissolutrice di coordinati sviluppi interni — È noto, che possono esservi follie a prognosi triste (come le ebefrenie, le demenze paralitiche), in cui la sfera senso-intellettuale non è sempre e compiutamente alterata. La lesione profonda rivelasi negli affetti, nelle azioni, nel giudizio, pratico e morale.

Qualsiasi anormalità implica altre anormalità *nell'ambito psicologico individuale.* Ogni uomo al mondo presenta anomalie psichiche. Ma le ultime, quando sono molto evidenti, accentuate, ne lasciano supporre altre in una con turbamenti o lievi disordini mentali — In verità poco sappiamo di tutto ciò. La Clinica da molti anni ha delineato il *tipo del degenerato psichico* e le sue *modalità più comuni:* lo ha sbozzato all'ingrosso, nelle linee maggiori. Ha descritto recentemente molte ed *isolate anomalie psicologiche* — Occorre andare più innanzi: vedere le anomalie nel loro ambiente interno, *nella loro intima genesi, fuse per l'unità psichica,* sana e morbosa in una. Occorre vedere quelle anomalie, in quanto costituiscono alcune *figure sin-*

tomatologiche, in quanto caratterizzano, a grado, a grado, personalità umane. Tipi intermedii dai massimi degenerati ai così detti uomini normali: formano la schiera innumerevole degli anomali psichici.

Le pagine di sopra ebbero in mira questo fine lontano. Vi ho tracciato qualche linea del tutto: giammai ho creduto di fare la metodica, esauriente esposizione ed analisi di fenomeni, che trovansi in realtà umane, così diverse — Se di *tutte le forme di esperienza*, maggiormente di quella *interna* può dirsi, che l'analisi e la sintesi consecutiva [per quanto importantissime] saranno ognora imperfette, frigido schema. Più vera, più vicina alla realtà, n'è la descrizione, la storia, la vita.

Como, 26 Ottobre, 1912.

Istituti Clinici di Perfezionamento in Milano
Clinica delle Malattie Professionali (Direttore: DEVOTO)

Di alcuni caratteri della funzionalità gastrica in pellagrosi

DOTT. DARIO VALTORTA del Manicomio Prov. di Como

Comunicazione presentata al V Congresso Pellagrologico
(Bergamo 9-10-11 Settembre 1912) (*)

Ho eseguito alcune ricerche sui prodotti della secrezione gastrica nella pellagra, seguendo l' indirizzo clinico e la tecnica che per la natura dell' esame mi parvero più opportuni. L'indagine è oggetto di studi attuali ed ha condotto a risultati discordi.

PRETI e POLLINI, (1) allo scopo di stabilire lo stato funzionale di alcune sezioni del tubo digerente nei pellagrosi, ricercarono l' acido cloridrico, la pepsina, il labfermento, il labzimogeno nel succo gastrico, il fermento proteolitico e l' amilase nelle feci. E misero in evidenza gravi anomalie funzionali sopratutto della secrezione gastrica. Estendendo infatti le esperienze a sedici ammalati, col pasto di prova di Ewald-Boas, trovarono, in sette di essi, succo gastrico neutro od alcalino, in nove, mancanza o deficienza di acido cloridrico, e di acidità totale, ed in tutti, attività dei fermenti assai scarsa o nulla.

A risultati diversi è giunto recentemente il Dott. MASSERINI. (2). Egli studiò il valore acidimetrico del succo gastrico in alcuni pellagrosi, e trovò che l' ipoacidità non è affatto costante, e che la presenza di acido cloridrico, mentre sfugge col saggio di Ewald, può essere invece rivelata senza difficoltà, quando si ricorra per l'esame ad altri pasti di prova più abbondanti, che meglio cimentino le funzioni dello stomaco.

(*) V. Atti del Congresso — Udine Flli. Tosolini 1912. pag. 384.
(1) Di alcune azioni fermentative nella pellagra. Riforma Medica. Anno 1911, N. 27.
(2) Ricerche sulla funzionalità gastrica nei pellagrosi. Il Pollicinico. Sezione Medica — Anno 1911 p. 466.

Non v'è dubbio invero che nello studio della fisiopatologia delle funzioni gastriche, la qualità del pasto di prova, e cioè la natura dello stimolo digestivo, possa assumere particolare importanza (3). E precisamente si osserva che stati di ipersecrezione o di iperacidità, mentre non si possono mettere in rilievo con una colazione di prova semplice ed omogenea, appaiono invece evidenti con pasti abbondanti, complessi e talvolta persino incongrui.

Le modalità di tecnica, che io ho seguite derivano appunto da un concetto teorico e da una induzione pratica:

Il pasto di prova di Ewald-Boas è lieve stimolo alle funzioni dello stomaco; mescolandosi agevolmente col succo gastrico, ne rende l'analisi più precisa: per esso infatti viene ad essere eliminato il fattore che contribuisce più d'ogni altro a render convenzionali le cifre esprimenti il valore acidimetrico. I pasti di prova più abbondanti, (cui si connettono i nomi di LEUBE, RIEGEL, SAHLI, ecc.) riproducono uno stimolo digestivo più complesso, impongono allo stomaco un lavorio maggiore, ma rendono al contrario meno esatti i risultati dell'esame chimico.

Per uno stesso soggetto io ho usato, in primo tempo, la colazione di prova di Ewald, ed in secondo tempo, un pasto più abbondante, che volendo designare con nomi d'autore, potrei dire pasto di Leube-Riegel-Grocco, e cioè il pasto sperimentale, che LEUBE propose pel primo come prova della funzione motrice, che RIEGEL usò successivamente per l'esame della funzione secretoria, e che GROCCO insegnò di modificare sino ad ottenere l'ordinario stimolo digestivo individuale.

Previa gastrolusi a digiuno, somministro la colazione sperimentale. Dopo un'ora pel primo saggio, e dopo due ore pel secondo, estraggo dallo stomaco tutto quanto è possibile, servendomi dapprima del metodo di espulsione indicato da EWALD e da BOAS, ed in seguito ricorrendo alla aspirazione.

Sul miscuglio eseguisco le indagini, determinandone:

a) la reazione.

---

(3) GIUGNI — Il Pasto di prova nell'esame delle funzioni gastriche. Riv. crit. di Clin. medica. A. 1910 N. 5-6.

b) l'acidità totale colla soluzione $\frac{N}{10}$ di soda (espressa in percentuali, o calcolata corrispondentemente all'acido cloridrico).

c) l'acido cloridrico col reattivo di Günzburg.

d) l'acido lattico col reattivo di Uffelmann.

e) la pepsina, in base alla distruzione dei coaguli d'albume d'uovo in succo gastrico filtrato, acidificato con qualche goccia di acido cloridrico, tenuto in termostato per ventiquattro ore.

f) il labfermento in base alla coagulazione del latte mescolato con egual quantità di succo gastrico neutralizzato, e tenuto in termostato per trenta minuti.

La diagnosi dei casi studiati si fonda sui fatti seguenti: natura dell'ambiente familiare; dato anamnestico dell'alimentazione; analisi dei precedenti personali riferibili alle condizioni del carattere, allo stato delle forze, ai fenomeni di astenia muscolare, alle funzioni delle vie digestive, alla nota serie di disturbi discontinui, esacerbantisi per l'influsso di cause patogene secondarie, o di circostanze esteriori: (stagioni e crisi economiche sopratutto); esame clinico del soggetto, e valutazione differenziale dei sintomi, considerati come precisi esponenti della malattia.

Giacchè a costituire la sindrome morbosa concorre, coi disturbi riferibili allo stato di intossicazione, tutto un complesso di alterazioni secondarie, che la pellagra viene risvegliando in modo lento ed insidioso, ma progressivo, sino a dar consistenza ad una figura clinica, che si può considerare come la risultante di tutte le lesioni, che essa ha potuto suscitare nei sistemi dell'organismo meno protetti, o meno validi, o meno agguerriti, l'espressione cioè di tutto quanto l'organismo, attraverso recrudescenze e recidive, è venuto man mano cedendole in modo inesorabile.

Nelle mie indagini ho voluto appunto sorprendere la malattia in varie fasi, o sotto varie forme (4).

a) Fase prepellagrosa, ai primi albori del male, coi più disparati disturbi subbiettivi discontinui.

b) Forma lieve, con classiche alterazioni funzionali circoscritte.

c) Forma media, con anomalie funzionali estese a più sistemi.

---

(4) DEVOTO — Clinica medica italiana 1901 - 1908 — Atti del Congresso Pellagrologico 1903 — Corriere Sanitario 1907. N. 76.

d) Forma grave con alterazioni di struttura, non sempre riparabili, di uno o più sistemi.

FASE PREPELLAGROSA

CASO I. — D. L. (C. 5880). Pellagra in famiglia. Nutrizione maidica incongrua. Mentalità imbecillesca; sviluppo organico deficiente. Episodio depressivo fugace, che assimila ed elabora in delirii, svariati fenomeni di origine tossica: parestesie, ipocondriasi, paure.

A) Pasto di prova di EWALD - BOAS (11 Agosto)			B) Pasto di LEUBE - RIEGEL - GROCCO (5 Settembre)
Reazione	—	neutra	debolmente acida
Acido cloridrico	—	assente	0, 0730 0|0
Acido lattico	—	assente	tracce
Acidità totale	—	—	20 0|0
Pepsina	—	assente	assente
Labfermento	—	assente	assente

CASO II. — L. C. (C. 5223) Alimentazione abituale a base di idrocarburi, nè sempre sufficiente. Disturbi nevrasteniformi; dispepsie. Emozione deprimente, e sindrome depressiva con delirio ipocondriaco e di miseria.

Pasto di prova A. (7 Luglio)			Pasto di prova B.(17 Luglio)
Reazione	—	acida	acida
Acido cloridrico	—	0,1825	0, 1460
Acido lattico	—	assente	tracce
Acidità totale	—	50 0|0	40 0|0
Pepsina	—	tracce	tracce
Labfermento	—	assente	tracce

FORMA LIEVE

CASO III. — N. M. (C. 5908) Ereditarietà pellagrosa; alimentazione a base di idrocarburi. Eritemi, gastralgie — Eccitamento maniaco.

Pasto di prova A. (19 Luglio)			Pasto di prova B. (12 Agosto)
Reazione	—	debolmente acida	debolmente acida
Acido cloridrico	—	assente	assente
Acido lattico	—	assente	tracce
Acidità tolale	—	15 0|0	25 0|0
Pepsina	—	assente	assente
Labfermento	—	assente	assente

CASO IV. — N. G. (C. 5707) Pellagra in famiglia. Nutrizione prevalentemente maidica. Dispepsie, eritemi, atonia intestinale. Eccitamento ebefrenico.

Pasto di prova A. (4 Luglio)			Pasto di prova B. (17 Agosto)
Reazione	—	neutra	debolmente acida
Acido cloridrico	—	assente	assente
Acido lattico	—	assente	tracce
Acidità totale	—	—	25 o|o
Pepsina	—	tracce	assente
Labfermento	—	assente	assente

FORMA MEDIA

CASO V. — V. L. (C. 5863) Pellagra ereditaria. Nutrizione abituale maidica. Disturbi gastroenterici, manifestazioni cutanee; deperimento organico. Sindrome depressiva semionirica.

Pasto di prova A. (1 Luglio)			Pasto di prova B. (26 Agosto)
Reazione	—	alcalina	neutra
Acido cloridrico	—	assente	assente
Acido lattico	—	assente	assente
Acidità totale	—	—	—
Pepsina	—	assente	tracce
Labfermento	—	assente	assente.

CASO VI. — P. P. (C. 5480) Pellagra ereditaria. — Nutrizione a base di mais sotto forma di polenta e pane. Dispepsie, manifestazioni cutanee ed enteriche. Sintomi di precoce senescenza. Sindrome depressiva con turbe cenestesiche dominanti.

Pasto di prova A. (9 Luglio)			Pasto di prova B. (18 Agosto)
Reazione	—	alcalina	neutra
Acido cloridrico	—	assente	assente
Acido lattico	—	assente	assente
Acidità totale	—	—	—
Pepsina	—	assente	tracce
Labfermento	—	assente	assente.

Caso VII. — G. R. (C. 5579) Tubercolosi e pellagra in famiglia. Nutrizione a base di idrocarburi. Miastenia, prostrazione, eritemi, disturbi gastroenterici. Sindrome amenziale con impulsione suicida.

Pasto di prova A. (9 Luglio)		Pasto di prova B. (19 Agosto)
Reazione	— debolmente acida	debolmente acida
Acido cloridrico	— assente	assente
Acido lattico	— assente	assente
Acidità totale	— 10 o|o	15 o|o
Pepsina	— assente	assente
Labfermento	— assente	assente.

FORMA GRAVE

CASO VIII. — C. O. (C. 4786) Ereditarietà pellagrosa. Miseria ed alimentazione incongrua. Sindrome confusionale con fenomeni neuroparalitici in piena riacutizzazione di disturbi gastroenterici inveterati.

Pasto di prova A. (11 Luglio)		Pasto di prova B. (9 Agosto)
Reazione	— debolm. acida	neutra
Acido cloridrico	— assente	assente
Acido lattico	— assente	assente
Acidità totale	— 5 o|o	—
Pepsina	— assente	assente
Labfermento	— tracce	tracce.

Caso IX. — S. A. (C. 5541) Pellagra in famiglia. Nutrizione esclusivamente maidica; precoci ed ostinati disturbi gastroenterici. Segni di turbata funzione spinale. Nutrizicne decaduta. Sindrome amenziale.

Pasto di prova A. (19 Luglio)		Pasto di prova B. (16 Agosto)
Reazione	— debolm. acida	debolmente acida
Acido cloridrico	— assente	assente
Acido lattico	— tracce	tracce
Acidità totale	— 20 o|o	15 o|o
Pepsina	— assente	tracce
Labfermento	— assente	assente.

Esponiamo in una tabella i nostri risultati.

Casi	Pasto di prova	Reazione	Acido cloridrico	Acido lattico	Acidità totale	Pepsina	Lab-fermento
I	Ewald-Boas	neutra	assente	assente	—	assente	assente
	Leube-Riegel-Grocco	debol. acida	0,0730 0/0	tracce	20 0/0	assente	assente
II	Ewald-Boas	acida	0,1825 0/0	assente	50 0/0	tracce	assente
	Leube-Riegel-Grocco	acida	0,1460	tracce	40 0/0	tracce	tracce
III	Ewald-Boas	debol. acida	assente	assente	15 0/0	assente	assente
	Leube-Riegel-Grocco	debol. acida	assente	tracce	25 0/0	assente	assente
IV	Ewald-Boas	neutra	assente	assente	—	tracce	assente
	Leube-Riegel-Grocco	debol. acida	assente	tracce	25 0/0	assente	assente
V	Ewald-Boas	alcalina	assente	assente	—	assente	assente
	Leube-Riegel-Grocco	neutra	assente	assente	—	tracce	assente
VI	Ewald-Boas	alcalina	assente	assente	—	assente	assente
	Leube-Riegel-Grocco	neutra	assente	assente	—	tracce	assente
VII	Ewald-Boas	debol. acida	assente	assente	10 0/0	assente	assente
	Leube-Riegel-Grocco	debol. acida	assente	assente	15 0/0	assente	assente
VIII	Ewald-Boas	debol. acida	assente	assente	5 0/0	assente	tracce
	Leube-Riegel-Grocco	neutra	assente	assente	—	assente	tracce
IX	Ewald-Boas	debol. acida	assente	tracce	20 0/0	assente	assente
	Leube-Riegel-Grocco	debol. acida	assente	tracce	15 0/0	tracce	assente

I dati forniti dalle ricerche stabiliscono gravi alterazioni del succo gastrico per mancanza o deficienza di acido cloridrico libero, di acidità, di pepsina, di labfermento, e pel manifestarsi in non pochi casi di fermentazioni anomale. Riassumendone i risultati troviamo infatti :

a) Reazione neutra (nei casi I, IV, V, VIII) alcalina (casi V, VI) ipoacida (I, III, IV, VII, VIII, IX) acida (II).

b) Acido cloridrico libero, presente nei casi I e II, assente in tutti gli altri.

c) Attività dei fermenti, e sopratutto della pepsina, assai blanda o nulla.

d) Produzione di acido lattico.

Tali anomalie sono già messe in evidenza col pasto sperimentale di Ewald-Boas: quello più abbondante tipo Leube-Riegel le viene a confermare rivelando, come fatti nuovi, tracce di acido cloridrico in un caso, di pepsina in qualche altro, e suscitando processi di fermentazione lattica.

La funzionalità gastrica secretoria si altera già al primo apparire della malattia, e presto si aggrava. Per essa passano nell'intestino e vengono assorbiti prodotti abnormi, che imporranno ai fermenti cellulari un lavorio esagerato di nuova elaborazione, a scapito dei processi assimilativi.

Ond' è che l'iperalimentazione si deve ritenere elemento terapeutico soltanto sui primordi del male; in un periodo più avanzato, se è disgiunta da un' azione restauratrice dei processi fermentativi, è vana o dannosa, provocando singolari fenomeni di idiosincrasia.

Noi li osserviamo non di rado in ammalati pellagrosi al primo iniziarsi di una dieta corroborante.

Milano, Dicembre 1912.

Manicomio Provinciale di Como
Direttore: Del Greco

Ricerche ematologiche ed urologiche in frenastenici con sindrome ipotiroidea

Dott. Dario Valtorta

SECONDA NOTA

Coefficiente urotossico e sierotossico.

Comunicazione fatta alla Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano, (22 Giugno 1912).

La seconda serie delle nostre ricerche urologiche ed ematologiche in frenastenici ipotiroidei si riferisce al coefficente urotossico e sierotossico.

Ha soltanto interesse storico ricordare che Vauquelin e Segalas (1) Feltz e Ritter (2) furono i primi a dare la prova sperimentale della tossicità dell' urina umana. Le ricerche del genere si seguirono poi con varia vicenda ed interpretazione, ma soltanto colle dottrine di Bouchard (3) per lo studio della tossicità dei liquidi organici, assunsero valore rigorosamente scientifico e segnarono l' indirizzo di tutte le ulteriori indagini nel campo della fisiologia e della patologia sperimentale. È a Bouchard che dobbiamo il concetto di equivalente tossico, concetto integrato poi da Jeffroy e Serveaux (4). Il coefficente tossico normale oscilla, nel coniglio, dai 50 ai 70 c. c.

(1) Journal de Magendie 1822 T. II.
(2) De l'uremie experimentale. — Revue medicale de l' Est 1880-81.
(3) Leçons sur les autointoxications dans les maladies. Paris 1887.
(4) Considerations generales sur la recherche de la toxicité - Arch. med. exper. 1896.

secondo i risultati segnalatici dai più autorevoli (SILVESTRINI, MARCHETTI e STEFANELLI) (5). Esso varia in diverse condizioni morbose.

In patologia mentale le più estese indagini furono istituite nella epilessia e nella frenosi maniaco - depressiva.

Dopo l'esempio di DENY e CHOUPPE (6) i quali studiando l' urina degli epilettici, trovarono che il potere tossico nei periodi interaccessuali non è superiore alla norma, vennero le ricerche dirette a studiarne la tossicità in rapporto alle manifestazioni motorie convulsive. FERÉ (7) trova ipertossicità preaccessuale; AGOSTINI (8), VOISIN e PERON (9) ammettono durante lo stato convulsionario una tossicità progressivamente in aumento, cioè ipertossicità preconvulsionaria e convulsionaria, ed iperipertossicità postconvulsiva; ed a risultati analoghi pur con varia interpretazione e tecnica giunge A. MARIE DE VILLEIUIF (10), mentre FERRARINI (11) ritiene che l' aumento di tossicità si osserva soltanto nella fase postaccessuale.

Per quanto si riferisce alla frenosi maniaco depressiva, le ricerche di CHEVALIER LAVAURE (12) di WEIL e DUBOIS (13) di BOECK e SLOSSE (14) ammettono che le urine dei depressi siano più tossiche di quelle dei sani e dei maniaci, mentre, secondo ALBERTI (15), nella frenosi maniaco depressiva non vi sarebbe costanza nell' aumento e nella diminuzione dei coefficenti urotossici. Interessanti sono in pro-

---

(5) Manuale di analisi chimica e microscopica - Milano 1906.

(6) Le pouvoir toxique de l' urine dans l' epilepsie - Progrés méd. 10 p. 554 A. 1889.

(7) Note sur la toxicité des urines des epileptiques — Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1893.

(8) Sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale degli epilettici in rapporto al valore delle autointossicazioni nella genesi dell' accesso convulsivo. Riv. sp. di Fren. n. 22 A. 1896.

(9) Recherches sur la toxicité urinaire chez les epileptiques - Arch. de Neurologie, 1892 - 1893,

(10) Contribution a l' étude de la toxicité urinaire dans les maladies mentales et nerveuses. Arch. de Neurologie n. 8 - 1908.

(11) Autointossicazione ed epilessia. - Annali di nevrologia 1898 p. 329.

(12) Des autointoxications dans les maladies mentales. Thèse de Bordeaux 1898.

(13) De la toxicité des urines des aliénés. - Semaine médicale 1891.

(14) De la toxicité urinaire chez les aliénés. Bullettin de la Société de médicine mentale de Belgique 1891.

(15) Ricerche sul potere urotossico, siero tossico, siero emolitico nei malati di frenosi maniaco depressiva. Gior. di Psich. clinica. ecc. 1905 f. IV.

posito le esperienze del BRUGIA (16) che ha segnalato alcune modalità fisiopatologiche dell' azione urotossica, che negli stati di eccitamento e di depressione sarebbe, rispettivamente, spasmodica e paralizzante, ipertermica ed ipotermica, midriatica e miotica ecc. Risultati analoghi ha ottenuto STEFANI (17). E simili effetti, secondo il BRUGIA, si troverebbero anche negli stati di eccitamento e di depressione secondarii, episodici cioè di altre psicopatie (frenosi epilettica, paralisi generale progressiva).

Nel campo delle altre malattie mentali le ricerche sulla tossicità urinaria sono alquanto limitate. Ricordiamo quelle di MAIRET e BOX (18) e quelle di A. MARIE (19) relative oltrechè ad epilettici, anche a dementi precoci, a degenerati alcoolici, a paralitici, a dementi senili.

.·.

Gli studi sulla tossicità del siero di sangue condussero anche ad indagare se fra potere urotossico e sierotossico esistono particolari rapporti. Senza riassumerne l' ampia letteratura nel campo della fisiopatologia generale, ricorderemo le esperienze di COLOLIAN (20) sulla ipertossicità del siero degli epilettici, e quelle in proposito più complete di CENI (21); gli studi di D' ABUNDO (22); le ricerche sperimentali di GLEY (23); le analisi critiche sul meccanismo d'azione

---

(16) La tossicità delle urine dei pazzi - Riforma medica N. 218 - 223 A. 1892.

(17) Sulla tossicità dell' urina nei sani e negli alienati con particolare riguardo a speciali azioni dell' urina. Riv. sper. di Freniatria N. 36 p. 395 A. 1900.

(18) Alienation mentale par troubles de la nutrition. Ann. medico - psych. N. 1892.

(19) l. c.

(20) La toxicité du sang dans l'epilepsie. Arch. de Neurologie. A. 1899.

(21) Arch. Ital. de Biologie N. 372 p. 203 a. 1903 p. II a.

(22) Sull' azione battericida e tossica del sangue degli alienati. Riv. Sper. di Fren. 1892 p. 292 e segg.

(23) Determination de la toxicité du serum sanguin chez les chiens tyroidectomisés. Arch. phisiologiques p. 1771 a. 1895.

tossica, che HAYEM (24) attribuisce al potere coagulante, ipotesi che MAIRET e BOX (25) nelle loro esperienze vengono a combattere, e quelle di BERNARD (26) di TARNIER e CHAMBRELENT (27) di BAR e RENON (28) concernenti eziandio lo studio dei rapporti fra potere urotossico e sierotossico.

* * *

Ricerche negli ammalati che abbiamo preso in esame non ci consta che siano state eseguite da altri autori, anche dopo l'esempio di MARZOCCHI ed ANTONINI (29). Abbiamo esposto nella prima nota (30) l'indirizzo clinico per la scelta degli ammalati: qui abbiamo preso in considerazione alcuni che già furono oggetto delle prime indagini, ed altri ancora, tutti con quella particolare sintomatologia organica e psichica, che trova la sua espressione, per così dire, integrale nelle psicosi nettamento tireo - tossiche.

E' noto infatti che tra l'integrità della funzione tiroidea e il mixedema corrono infinite forme di passaggio, taluna delle quali è compatibile con uno stato di salute relativamente buona, con attività intellettuale intensa, e con esigenze abbastanza complesse del viver sociale.

Di fronte al mixedema tipico sta il mixedema frusto o mixinfantilismo, anzi stanno i mixinfantilismi parziali, con svariata sintomatologia, di cui l'alterazione della pelle non è l'elemento necessario, nè patognomonico, tanto che alla denominazione di mixedema frusto, è preferibile quella di ipotiroidia benigna (31). Non fra i cretini sporadici, ma fra i mixedematosi endemici, noi troviamo tutta la gam-

---

(24) De la pretendue toxicité du sang. Soc. Biolog. 10 M. 1894.

(25) Recherches sur la toxicité du sérum sanguin. Societé Biologique 1894.

(26) Etude critique des méthodes de determination de la toxicité du serum sanguin et de l'urine. Revue de méd. 1900 XX. 2 p. 176.

(27) De la toxicité du serum sanguin chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale. Ann. gynec. 1892 T. 38 p. 321.

(28) De la toxicité du sang et de l'urine chez une femme atteinte de troubles gravido – cardiaque. Soc. biol. 21 f 1894.

(29) Rapporti tra gozzo e pazzia – Annali di Nevrologia.

(30) Ricerche urologiche ed ematologiche in frenastenici ipotiroidei – Nota – in corso di stampa nel giornale „il Manicomio„.

(31) Hertoghe - De l'hypothyroidie bénigne chronique. Nouv. ic. de la Salp. 1899 261 e segg.

ma semejologica, la quale anzi assai spesso va man mano integrandosi nella discendenza.

Per la scelta dei nostri ammalati, più che dell'esplorazione non di rado illusoria della tiroide, noi abbiamo appunto tenuto conto del fattore ereditario, e della sintomatologia organica e psichica complessiva.

L'ereditarietà similare del mixedema frusto è assai frequente, e quasi sempre è tradita dalle anomalie della vita sessuale della madre — La pellagra, l'alcoolismo, la sifilide, la tisi, le anomalie del ricambio sono le forme morbose più comuni, che ci è dato di sorprendere nel gentilizio.

L' importanza dei sintomi organici e psichici sta nella loro molteplicità e sintesi: disturbi delle appendici pilari, lavorio di distruzione dentaria e gengivale, vegetazioni adenoidi delle prime vie respiratorie, anomalie termometriche, (raffreddamenti distali, brividi, ipotermia centrale) involuzione precoce del sistema arterioso e venoso; anoressia, costipazione, braditrofismo con tendenza alla obesità, sonnolenza, dolori articolari, nevralgici, son tutti sintomi che concorrono a contraddistinguere la *diatesi ipotiroidica.*

I sintomi psichici sono assai significanti e concorrono ad integrarne il quadro. La deficienza mentale si accompagna infatti a due altri fenomeni, che sono eccezionali nelle forme genuine di frenastenia biopatica: 1) il torpore del meccanismo psichico complessivo 2) la costante *nuance* amenziale.

Alla stregua di tale sintomatologia, colla tecnica che esporremo, abbiamo eseguite le indagini sopra dodici ammalati, di cui tratteggiamo la fisionomia clinica.

Caso I°) F. G. (C. 4898) Eredo alcoolista; offre sintomi molteplici organici e psichici di ipotiroidismo. Dietro stimoli alcoolici ha rivelato anomalie sessuali con tendenze criminose. In manicomio si mantiene ottuso, torpido, in stato di perenne semionirismo.

Caso II°) M. C. (C. 5767) Convulsionari, gozzuti e neuropatici in famiglia — Ha gozzo voluminoso. In seguito a tifoidea si accentuò in lui l'indole costituzionale permalosa, mettendo capo ad impulsi strani, semicoscienti. Si conserva fatuo, sconclusionato, passivo.

Caso III° C. G. (C. 5779) Ereditarietà tiroidea. Di intelligenza limitata e di costituzione gracile, con segni di rachitismo. Ebbe episodi deliranti confusionali con allucinazioni paurose. Gli stati onirici si acuirono parecchie volte anche nell' Istituto, pur mostrandosi fuggevoli ed alquanto scoloriti.

Caso IV° R. A. (C. 4712) Distiroidismo famigliare. Ha ipertrofia in toto della tiroide — Mentalità semi imbecillesca, carattere mite passivo. In seguito a parti e puerperi protratti cadde in uno stato depressivo con idee di rovina e di dannazione, primitive, scialbe ed effimere — Fenomeni di senescenza precoce.

Caso V° B. P. (C. 5720) È un semimbecille, gozzuto e con aspetto cretinoso. Andò soggetto ad una fase delirante persecutoria, puerile, che ebbe brevissima durata.

Caso VI° A. B. (C. 5200) Ha gozzo voluminoso. Sviluppato su deficiente per intelligenza, misantropo, erotico. Gli abusi alcoolici accentuarono l'ombrosità del carattere, la diffidenza contro i famigliari, il fatuo erotismo, la tendenza a percuotere ed a fuggire. Serba contegno improntato a fatuità, abulia, sonnolenza.

Caso VII° (C. 5100) Ereditarietà tiroidea. È gozzuto, ha segni di senescenza prematura — É psichicamente un infantile. L' alcool, il lavoro autonomo, l'ambiente famigliare, contrarietà e dissidi domestici, risvegliano in lui fatue e sconnesse idee persecutorie, che la vita metodica e tranquilla dell' istituto vale a dissipare.

Caso VIII° A. B. (C. 3975) Discende da cretini; ha tiroide ipertrofica e segni di rachitide al torace. Torpido in ogni estrinsecazione della vita psichica. Ha percezioni frammentarie, orizzonte intellettuale limitatissimo, miseria di idee concrete, imaginazione atrofica. Memoria debolissima e lacunare. Sguardo vago, fisionomia cretinosa, incesso pitecoide, blesità.

Caso IX°) I. C. (C. 5459) Degenerazione cretinosa in linea diretta e collaterale. Crebbe d' intelligenza limitata e mostrò pure ritardo notevole nello sviluppo organico. Ha tiroide ipertrofica. Funzioni percettive tarde, corrente del pensiero torpida ed ammiserita; fantasia arida, memoria parziale. Tono sentimentale per lo più depresso. Contegno mutevole; tendenza all' alcool e al vagabondaggio.

Caso X°) C. A. (5022) Distiroidismo famigliare. Ha gozzo evidente. Misantropo, fantastico, puerile. In seguito a dissidi famigliari cadde in preda a delirio di persecuzione e di possessione, tanto da ritenere una parente come *medium*, apprensione che riuscì a comunicare ad un altro ricoverato, sì che entrambi si spinsero a reazioni pazzesche. Qui si mantiene torpido e come trasognato. Ha sintomi organici ipotiroidei: accenni a mixedema.

Caso XI° (P. P. C. 4877) Imbecille con sindrome ipotiroidea organica e psichica: (note di rachitismo; braditrofia con tendenza all'obesità; costipazione ecc.; deficienza mentale di grado medio; mentalità vesanica, tendenza all' alcool). Andò soggetto a fasi di depressione e di eccitamento sconclusionate e fatue, con reazioni persecutorie.

Caso XII° (M. P. 4087) Pazzia e distiroidismo in famiglia. Ha gozzo abbastanza voluminoso e segni di involuzione prematura. È un frenastenico con mentalità vesanica. Di solito in istato di stupore semicosciente, ha talvolta fugaci periodi d' inquietudine disordinata e di fatue imprecazioni, con spunti megalomaniaci.

∴

La tecnica da noi seguita fu quella dell' iniezione endovenosa (Bouchard, Bernard l. c.).

L' urina delle 24 ore, accuratamente filtrata, scorrendo attraverso un agocannula, la cui porzione distale, passando a perfetta chiusura attraverso il tappo del recipiente collettore, terminava al

fondo, veniva a defluire nella vena giugulare esterna, con una velocità e pressione costante, ottenute mediante una doppia palla cannula, il cui estremo appena oltrepassava il tappo di chiusura del recipiente stesso.

Per l' iniezione di siero abbiamo usato un apparecchio identico in minuscole proporzioni, adoperando un cilindro graduato di 50 c. c. come recipiente collettore, l' ago N. 16 della siringa Pravatz ed opportuno tubocannula.

Ad ogni esperienza abbiamo fatto seguire l' autopsia immediata allo scopo sopratutto di escludere qualunque fenomeno embolico, e la selezione fu in proposito rigorosissima.

Esponiamo nella tabella che segue i nostri risultati.

Casi clinici	Data	POTERE UROTOSSICO				POTERE SIEROTOSSICO			
		Peso del coniglio	Quantità di urina necessaria per la morte	Coefficiente urotossico	Dati fisiopatologici ed anatomici	Peso del coniglio	Quantità di siero necessaria per la morte	Coefficiente sierotossico	Dati fisiopatologici ed anatomici
I	20 Gennaio	gr. 3700	cc. 335	cc. 90	Respirazione frequente e superficiale — Accessi dispnoici — Convulsioni tonico cloniche — Respiro di Cheyne Stokes, o di Biot. — Cuore in diastole — Ascite. Visceri congesti.				
	24 »	3800	190	50					
	7 Giugno	1850	106	58		gr. 1100	cc. 20	cc. 18	Accessi dispnoici — Brevi scosse convulsionarie— Coaguli nei ventricoli
II	16 Febbraio	3000	220	73	» »				
	8 Giugno	1470	175	112	» »	1020	20	19,75	Unica convulsione tonico-clonica. Coaguli nel cuore
III	19 Febbraio	3970	278	70	» »				
	22 »	3255	115	35	» »				
IV	20 »	3910	345	87	» »				
	22 Aprile	2920	245	84	» »	1300	26	20	Convulsioni subentranti. Coaguli nei ventricoli
V	28 Febbraio	3700	315	85	» »				
	8 Marzo	3210	255	77	» »				
VI	21 Marzo	2350	92	39	Id. Visceri add. congesti				
	2 Aprile	4000	325	81	Id. Ascite	1200	non muore con cc. 22	sup. a 20	Unica convulsione tonica
VII	1 Aprile	1820	120	65	Id. Iniezione peritoneale				
	6 Giugno	1790	112	68	Id. id.	1280	non muore con cc. 30	sup. a 23	Id. id. id.
VIII	8 Aprile	1945	105	53	Unica convulsione finale. Cuore in diastole				
	20 »	1730	55	32	Brevi scosse convulsive	990	14	13,90	Id. id. id. Coaguli nel cuore
IX	11 »	1720	60	34	Unica convulsione				
	17 »	2650	135	50	Id. id.				
X	30 »	1075	42	39	Convulsioni tonico-clonich.				
	2 Maggio	1030	90	87	Id. id.	1000	21	21	Due convulsioni cloniche
XI	8 »	1000	70	70	» »				
	14 Giugno	1430	65	45	» »	1060	12	11,30	Unica convulsione
XII	13 Maggio	3500	280	80	Id. Ascite				
	9 Giugno	1450	170	117	» »	950	22	21,5	Brevi scosse convulsive

Nei casi VII ed VIII il coefficente urotossico si mantiene in limiti pressochè normali; in tutti gli altri casi invece oscilla entro limiti più ampi sino a raggiungere valori notevoli di iper ed ipotossicità urinaria (cfr. specialmente i casi I, II, III, VI, X, XI, XII). Oscillazioni incostanti e più lievi ci presenta il coefficiente sierotossico.

Se, come Bouchard insegna, il potere tossico dell' urina e del siero di sangue, può dar un indirizzo sicuro per valutare lo stato di intossicazione dell'organismo, si direbbe che l' organismo degli ipotiroidei vada incontro a crisi di ipo ed ipertossicità, le quali obbiettivamente ci si rivelerebbero coll' elevarsi o col ridursi *simultaneo*, così del coefficiente sierotossico, come del coefficiente urotossico.

Lo stato di ipotossicità sarebbe connesso a lenta produzione di tossici, o ad iperattivi processi antitossici.

Lo stato di ipertossicità sarebbe indice di iperproduzione, o di incongrua neutralizzazione.

La ritenzione di tossici per ostacolato deflusso, che nel primo caso lentamente, e rapidamente nel secondo caso, provocherebbe uno stato di saturazione organica, sembra da escludersi nei nostri ammalati. É difficile per lo meno spiegare un ostacolato deflusso che si presenti ad accessi, un' intermittente alterazione della funzione renale, la cui patogenesi resterebbe un' incognita.

Ma è evidente che in questi ammalati le anomalie della funzione renale non possono rimanere senz' effetto sul dinamismo, diremo così, delle manifestazioni psichiche; e non è forse improbabile che il tratto assai caratteristico del loro stato mentale, la *nuance confusionale* sia in rapporto con fenomeni d' intossicazione.

Como, giugno 1912.

BIBLIOGRAFIE

L. Bianchi — CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELL' ISTERISMO — *Estr. dagli "Annali di Nevrologia,, — F. V. 1911.*

Questa sostanziale memoria dell' illustre maestro della Università di Napoli si legge con il massimo interesse. — Sono noti gli studii svariatissimi, a cui ha dato sempre luogo l' isterismo. In quest' ultimo decennio la squisita analisi psicologica ha tentato i punti più oscuri della proteiforme psiconeurosi; ma nel tempo istesso ne ha messo in forse l' unità, la concretezza clinica. Ai colpi ripetuti dell' analisi abbiamo visto mutare tanti concetti e criteri intorno ad essa, perfino mutare il nome. Per tal modo sono giunti gli AA. a conclusioni diverse: autori, come lo IANET, il SOLLIER, il BABINSKI, il FREUND, l' HARTENBERG, e tanti altri. — Urgeva un lavoro di sintesi e di critica — La Memoria del B. è appunto ciò. E dobbiamo essergli veramente grati, se vediamo di nuovo risorgere davanti a noi la figura dell' isterismo, nella sua individualità somato - psichica. Rischiava di farsi omai alcunchè di troppo evanescente e di perdersi in una mal sicura Semiologia.

Obiettivo della clinica è appunto quello di coordinare i risultati delle analisi e dei più diversi punti di vista; obiettivo é coordinarli ad una intuizione concreta centrale. In questa intuizione vi è un lato scientifico, illuminato dall' analisi; un lato empirico, appreso nella sua concretezza evolutiva. Ed il secondo lato fa da verifica al primo: è la fonte, onde il primo trae le sue perenni induzioni.

Per discorrere quindi di Clinica è necessario, non soltanto una cultura scientifica varia e diversa; ma ciò che volgarmente dicesi occhio clinico, sintetico - obbiettivo, e molta esperienza, molta pratica. — Nessuno più del maestro della Università napoletana poteva tentare un lavoro simigliante. Ed il suo scritto è mirabile per lucidità ed equilibrio critico.

L' A. passa in rassegna tutte le recenti dottrine. Di qualcuna, come di quella dello *spostamento del potenziale* della energia nervosa, rivendica a buon diritto la priorità — Egli non respinge i risultati d' ogni ricerca ed analisi. — Tutt' altro. — Ma li corregge ed inquadra nella intuizione clinica complessiva. È qui il pregio massimo dell' opera. Nulla rifiutato: tutto corretto e messo a posto. — Qua e là egli approfonda le più diverse questioni, come quella del valore che ha l' elemento suggestivo nella ge-

nesi delle alterazioni somatiche dell' isterismo: e le approfonda con misura, e giù giù ricorda a brevi tratti qualche caso clinico (occorsogli nella sua esperienza), significativo grandemente. — Il pregio massimo (ripeto) è nel sentimento che ha l' A. di non poter dire l' ultima parola in simili oscure, per quanto agitate, questioni. È il sentimento ed il presentimento della relatività d' ogni risultato. Il sintoma dominatore, attorno a cui l' A. aggruppa gli altri, è quello della *disgregabilità mentale* della isterica: particolare disgregabilità, per cui la personalità si scompone e ricompone perenne, fragile e mutevole all' estremo. — Non è possibile, e guasterebbe, ripetere quanto ha detto l' A. in tutto lo sviluppo del suo densissimo lavoro (sono appena 40 pagine), seguirlo nelle considerazioni patogenetiche, sintomatologiche, psicologiche e terapeutiche. — È uno di quegli scritti che non si riassumono; ma si leggono, rileggono e meditano.

Del Greco

Dr. C. Pascal — La Démence precoce — *Alcan ed. 1911.*

Il libro si legge con molto interesse, rivela nell' A. padronanza del soggetto. Ha il merito di portare chiarezza e precisione in un campo della Clinica mentale, dove abbondano gli equivoci e le mal definite limitazioni.

La parte psicologica è la più lunga e la più importante. L' A. vi delinea la caratteristica psicologica fondamentale della psicosi: *la fiaccata energia emotiva e volontaria dell'infermo*. Nota fondamentale intorno a cui si dispongono le altre, tutte finemente descritte ed analizzate dall'A. — Questi segue la dottrina del Ribot, che ammette originariamente una vita emotiva, scissa da quella intellettuale. Io non propendo verso una simile dottrina, bensì verso quella del Fouillée, che considera la sensibilità, l'emotività, l'appetizione, quali aspetti di una realtà unica ed originale — Checchè ne sia di ciò, l' A. descrive con molta precisione e finezza e con una grazia di stile, che rende gradita la lettura del libro.

È bene esposta ancora la parte patologica. — L'A. accoglie la dottrina, sostenuta dalla maggioranza degli osservatori, che la demenza precoce sia una intossicazione, e la considera non in diretto legame con la crisi pubere e con le frenastenie — Su tali questioni di Patologia mentale, allo stato presente della Scienza, non si può avere che questa o quella opinione. Opinione probabile e null' altro — Sono volto a considerare la demenza precoce, come un processo di decadenza mentale, avente base sopra una

fragilità psichica ereditaria ed acquisita, che si definisce ed aggrava con il determinarsi della crisi pubere. E ciò vi sia, o non vi sia intossicazione -- Sono del resto vedute dottrinarie, che si possono mutare da un giorno ad un altro.

Certo la medicina presente fa un enorme abuso della parola " intossicazione .,, E' il deus ex machina di tutta la Patologia contemporanea. Le antiche dottrine mediche risorgono sott'altra forma.

Pregevolissima è la parte semiologica e medico - legale — L' A. segna in modo persuasivo i limiti della demenza precoce. In un quadro, veramente efficace, mostra le differenze che vi sono fra la demenza precoce paranoide e la paranoide sistematica [tipo Magnan] , ed in generale fra la demenza precoce e le forme sensorio - deliranti d' altro genere. Sono importanti codeste limitazioni nosografiche.

Insomma il libro è *a prevalenza un libro clinico, fondato sul terreno positivo dell'analisi psicologica e clinica:* parte trattata con mano sicura dall'A. e qua e là con vedute sue personali. La parte dottrinaria passa in seconda linea, è più che altro riassuntiva — In ciò, io credo, stia il merito speciale del libro — Era utilissimo che questo agitato, ed un pò confuso, capitolo della Psichiatria passasse (rischiarandosi) attraverso il limpido cristallo della mentalità francese.

Del Greco

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 8,00
	Estero	» 10,00
Un numero separato		» 3,50

L'annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Francesco Lener, (Primario) Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.